

LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

John Medina Ruiz

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS
CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS
MONEDA LEGAL (\$3.256.787)

PERIODO A CANCELAR: UN PRIMER PAGO CONTRATO 20251401

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A
LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA -
IUB

No. Contrato: 20251401 **No. CDP.** 251140 **No. RP.** 254308

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 009200811488 del
Banco DAVIVIENDA

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: Jhon-723@hotmail.com

CELULAR: 3005586173

Barranquilla, 11 de diciembre del 2025


John Medina Ruiz

C.C. 1.129.531.659 de Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA		
Rad: 256017	Fecha: 17/12/2025	Hora: 09:24:40
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251401 PRIMER PAGO		
Anexos: 15 FOLIOS		
Remite: JOHN MEDINA RUIZ		
Destino: MARIANA ANDREA PEREZ ROMERO		

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

Fecha:	11	de	DICIEMBRE	de	2025
--------	----	----	-----------	----	------

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

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251401
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	John Medina Ruiz
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	\$3.256.787M/L		RP Número:	254308	
Rubro:	2.1.2.02.02.008	Fuente de Financiación:	Recursos Propios	Centro de Costo:	Vicerrectoria Administrativa y Financiera
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	1 de diciembre del 2025		Fecha de finalización:	diciembre 31 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:		Fecha de reinicio:		

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS MONEDA LEGAL (\$3.256.787)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago al contrato 20251401

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 2 de 5
---	---	--

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%	\$178.000	DICIEMBRE del 2025
Pensión	16%	\$227.800	DICIEMBRE del 2025
ARL		\$7.500	DICIEMBRE del 2025

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

CONTRATO		20251401		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	3.256.787	20250116864	10.000	06 diciembre 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
--------------------------------------	----------------	--------------	---------------

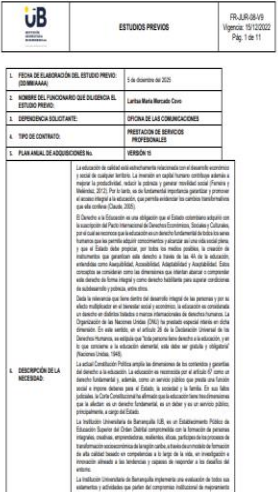
 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 3 de 5
--	---	---

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			

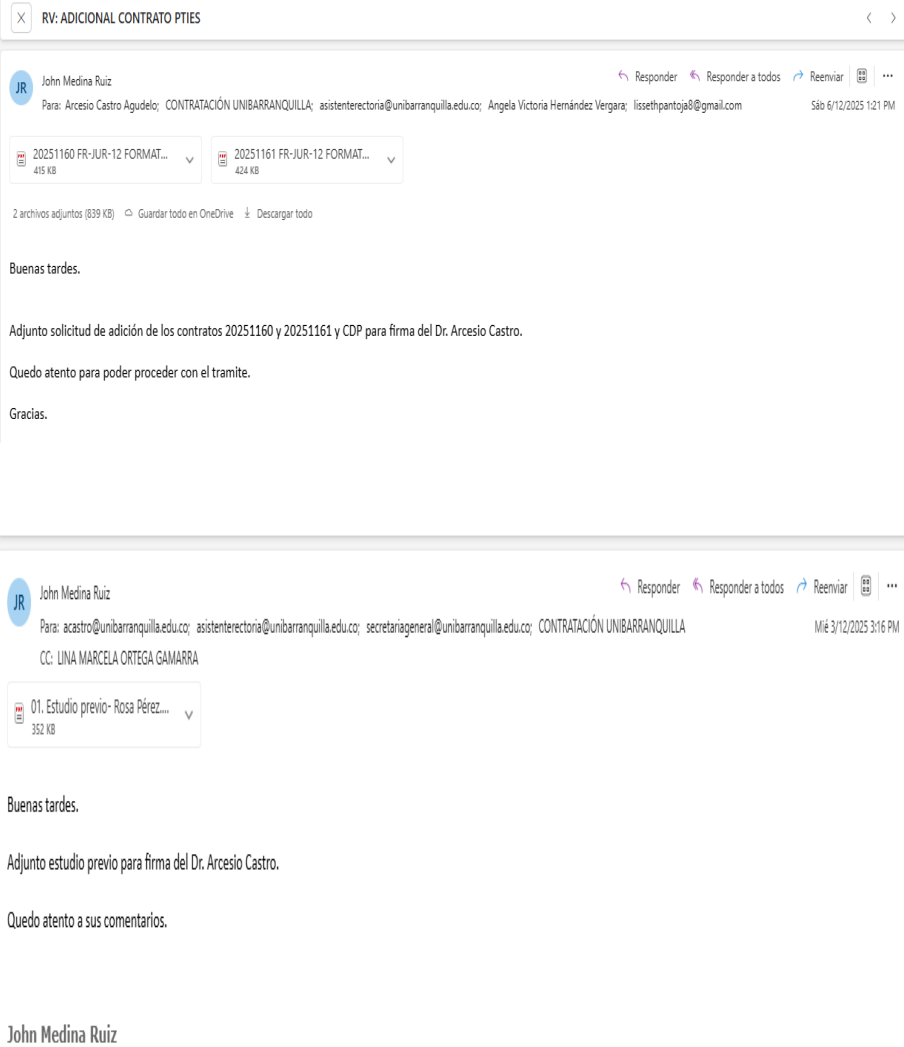
ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	John Medina Ruiz		
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
Brindar apoyo a la Institución Universitaria de Barranquilla con la redacción de conceptos jurídicos y respuestas a los derechos petición de acuerdo con los temas asignados	
2. Apoyar las compras que se realicen a través de Tienda Virtual (Grandes Superficies y Acuerdos Marco de Precio)	
3. Apoyar la gestión de la Institución Universitaria de Barranquilla con la revisión de procesos de contratación pública para el cumplimiento de los lineamientos institucionales, normatividad vigente y de las directrices impartidas por la Agencia Colombiana de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente	

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 4 de 5
---	---	---

4. Acompañar a los funcionarios y servidores públicos de la Institución Universitaria de Barranquilla en la construcción de respuesta a las acciones de tutela que se presenten contra la entidad en los despachos judiciales	
5. Brindar apoyo a la Institución en el seguimiento y monitoreo para el cumplimiento de la Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.	
6. Presentar mensualmente tanto al Supervisor del contrato para efectos de los pagos correspondientes, el informe mensual de actividades, el comprobante de pago de aportes al sistema de Seguridad Social en salud, de pensiones y Riesgos Laborales en el régimen contributivo, por el período correspondiente, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2.002, el artículo 1 de la Ley 828 de 2003, el Decreto 723 de 2013 y el Decreto 1273 de 23 julio de 2018	
7. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato 8. Apoyar en las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato	

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					✗
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					✗

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

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 SUPERVISIÓN		
Compromiso	Fecha de entrega	Responsable
Adquiridos en el contrato	31 de diciembre de 2025	John Medina Ruiz

Fecha de la próxima reunión	N/A	De	N/A	de	N/A
-----------------------------	-----	----	-----	----	-----

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (11)					
once	días del mes de	diciembre	de	2025	


ÁNGELA VICTORIA HERNÁNDEZ VERGARA
 Supervisor o Interventor


John Medina Ruiz
 Contratista

ACTA DE COMPROMISO

Entre los suscritos a saber, **ANGELA VICTORIA HERNANDEZ VERGARA** en mi condición de supervisor del CONTRATO Y/O CONVENIO No. 20251401 en representación de la **Institución Universitaria de Barranquilla - IUB**, y **JOHN MEDINA RUIZ** en mi condición de contratista identificado como aparece al pie de la correspondiente firma, se suscribe el presente acuerdo, previa las siguientes consideraciones:

El día 01 del mes de DICIEMBRE de 2025, entre la **Institución Universitaria de Barranquilla - IUB** y **JOHN MEDINA RUIZ** se suscribió el contrato de prestación de servicios de **apoyo a la gestión** No. 20251401, en el cual se pactó como plazo de ejecución **hasta el 31 de diciembre de 2025** y la forma de pago estipulada se pactó de la siguiente forma:

FORMA DE PAGO: “La Institución Universitaria de Barranquilla pagará al CONTRATISTA la suma estipulada de la siguiente manera: Un único pago por valor de **TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS MONEDA LEGAL (\$3.256.787)**. Cada uno previa certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato, acreditar el pago de aportes a seguridad social (salud, pensiones y riesgos laborales) y presentación de la factura o cuenta de cobro.”

Qué en cumplimiento de la forma de pago pactada, y de conformidad con la Circular de Pago Número **VAF N° 08-2025 del 19 de noviembre de 2025**, expedida por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, la fecha límite para el pago de honorarios a contratistas y recibir a satisfacción, así como la recepción de la documentación y envío de las cuentas de cobros o facturas, será hasta el día **VIERNES 12 DE DICIEMBRE DE 2025**; fecha en la cual se realizará el cierre contable y presupuestal 2025.

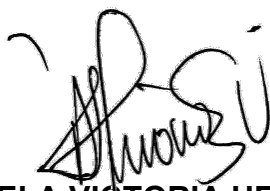
Qué en cumplimiento de la forma de pago pactada, y de conformidad con la Circular de Pago Número **VAF N° 08-2025 del 19 de noviembre de 2025**, expedida por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, la fecha límite de recepción de la documentación y envío de las cuentas de cobros o facturas, será hasta el día **VIERNES 12 DE DICIEMBRE DE 2025**; a partir de esta fecha se dará trámite a la gestión de pagos desde el área de Contabilidad de las cuentas que tengan a satisfacción la documentación soporte.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto y con el fin de cumplir con el pago de los honorarios pactados dentro de la vigencia fiscal 2025, se hace necesario autorizar la presentación o radicación anticipada de la cuenta de cobro del pago número 01, comprendido entre el 01 de diciembre al 31 de diciembre de 2025, atendiendo la fecha límite establecida por la **Institución Universitaria de Barranquilla - IUB** en la Circular antes mencionada.

Por lo anterior, **JOHN MEDINA RUIZ**, en mi condición de contratista me comprometo a seguir cumpliendo con las actividades y obligaciones establecidas en el contrato suscrito, especialmente las que deban ejecutarse durante el periodo

comprendido entre el 13 de diciembre al **31** de diciembre del 2025, con los soportes a que haya lugar.

La presente acta de compromiso se suscribe por quienes en ella han intervenido, en el mes de diciembre de 2025.


**ANGELA VICTORIA HERNANDEZ
VERGARA**
SUPERVISOR
C.C. 45501255
SECRETARIA GENERAL


JOHN MEDINA RUIZ
CONTRATISTA
C.C. 1.129.531.659



Jueves, 11 de Diciembre de 2025

[Regresar Menú Rentas](#) | [Nueva Búsqueda](#)

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250116864

Fecha Emisión: 06/12/2025

Identificación: 1129531659

Declarante: JOHN MEDINA RUIZ

Vigencia: 2025

Periodo Liquidación: 1

Impuesto: ESTAMPILLA ITSA

Acto: ESTAMPILLA ITSA

Base Gravable: \$ 3.256.787

Fecha Pago: 06/12/2025

Monto Pagado: \$ 10.000

Banco Recaudador: BANCO DE OCCIDENTE

No. de Soporte: 20251401, CONTRATO SECOP: 20251401

Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Estado: VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO

Medellín, 09 de diciembre de 2025

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

CERTIFICA:

Que JOHN MEDINA RUIZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1129531659 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 10/12/2025

Fecha fin cobertura: 31/12/2025

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%

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:

C10424279932534339697

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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:

09/12/2025 11:01 AM

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92307163	\$696.600	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	696.600	696.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1129531659	JOHN MEDINA RUIZ		calle 40 # 17-56	3005586173	jhon-723@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	11/12/2025	92307163	\$696.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1129531659	MEDINA RUIZ JOHN	59	0		N																231001	2.400.000	384.000	0	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	300.000	14-4	2.400.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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 **JOHN MEDINA RUIZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1129531659** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1129531659
NOMBRES Y APELLIDOS	JOHN MEDINA RUIZ
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	01/05/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	267
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 27/11/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHN MEDINA RUIZ identificado(a) con C.C No. 1.129.531.659, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de noviembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

11/12/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOHN MEDINA RUIZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1129531659**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	009200811488
Saldo a la fecha	1,113.04 Pesos
Fecha de apertura	27/04/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, diciembre 01 del 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 ☒ 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.

FIRMA



JOHN MEDINA RUIZ

C.C. 1.129.531.659 Barranquilla - Atlántico