INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

Jose Ismael Ramos Camargo

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/L ($3,256,788)

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

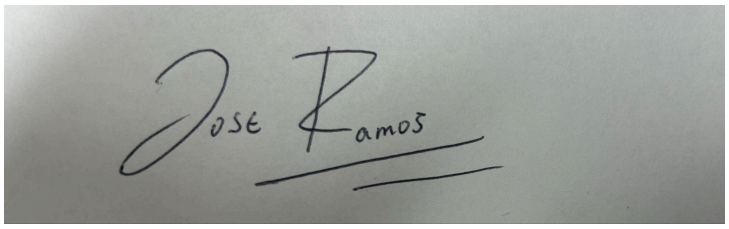
PERIODO: Primer pago contrato 20250623

No. Contrato: 20250623 No. CDP: 250696 No. RP: 251967

No. CTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros BANCOLOMBIA 08387999796

Barranquilla, 9 de julio de 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 252686 **Fecha:** 09/07/2025 **Hora:** 11:35:03
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250623 PRIMER PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



Jose Ismael Ramos Camargo
C.C.: 1.234.095.772 de Barranquilla
Celular: 3005533301
Correo: proyectosvei@unibarranquilla.edu.co

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

Fecha:	**9**	**de**	**Julio**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250623
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	Jose Ismael Ramos Camargo
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$ 9.770.361**			**RP Número:**	251967
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 ACADÉMICA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**01 de julio 2025**		**Fecha de finalización:**	**31 de Agosto 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

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

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**		**Fecha de finalización:**	**N/A**

Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**	**Fecha de reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: **TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/L ($3,256,788)**	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago de contrato 20250623**

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

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$200.000	MAYO
Pensión	**16%**	$256.000	MAYO
ARL	**0.522%**	$8.400	MAYO

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

CONTRATO		**20250623**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 9.770.361**	20250057664	**$29.000**	**01/07/2025**

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):	Lorenzo Doménico Zanello Riva		
Por parte del contratista:	Jose Ismael Ramos Camargo		
Lugar donde se realiza la reunión	**Vicerrectoría de Extensión e Investigación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:30 am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.	Actuo de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.
2. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Asumo los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.
3. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta	Desarrollo el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta
4. Constituir las pólizas pactadas en el contrato dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega del contrato.	Constituyo las pólizas pactadas en el contrato dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega del contrato.
5. Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB.	Cumplo con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB.
6. Encontrarse al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.	Me encuentro al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.
7. Apoyar la coordinación de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.	Apoyo la coordinación de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.
8. Crear y monitorear indicadores clave de rendimiento (KPIs) que reflejen los objetivos y metas de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.	Creo y monitoreo indicadores clave de rendimiento (KPIs) que reflejen los objetivos y metas de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.
9. Identificar oportunidades de mejora para el desarrollo de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.	Identifico oportunidades de mejora para el desarrollo de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.
10. Apoyar al proceso de la VEI en el seguimiento, la ejecución y finalización de los proyectos desarrollados por la Institución Universitaria de Barranquilla.	Apoyo al proceso de la VEI en el seguimiento, la ejecución y finalización de los proyectos desarrollados por la Institución Universitaria de Barranquilla.

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**

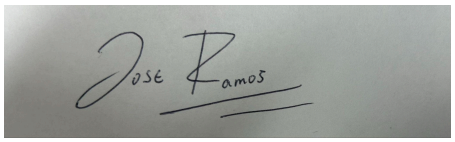
Fecha de la próxima reunión	11	**De**	Agosto	**de**	2025

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (9)				
Nueve	días del mes de	Julio	de	2025



Lorenzo Doménico Zanello Riva

Supervisor o Interventor



Jose Ismael Ramos Camargo
Contratista

Barranquilla, 01 de julio de 2025

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

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:

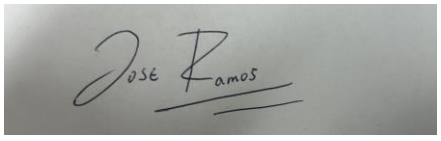
A). Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

B). Que de acuerdo con 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, según el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicitó 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.



Jose Ismael Ramos Camargo

CC 1.234.095.772

Certificación Bancaria

Jueves, 29 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO identificado(a) con CC 1234095772, 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	08387999796	2018-01-23	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.

Bancolombia

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

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



Martes, 1 de Julio de 2025

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250057664**
Fecha Emisión:	01/07/2025
Identificación:	1234095772
Declarante:	JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 9.770.361
Fecha Pago:	01/07/2025
Monto Pagado:	$ 29.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250623, CONTRATO SECOP: 20250623
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1234095772
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO 42C-182 - BARRIO	TELÉFONO:	3329925
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1 - CONTRATO 2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7971617866**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1543655998

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 256.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 200.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 200.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 464.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 464.400**

Planilla Pagada