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

DEBE A

LEINNY SAJED TORRES PEINADO
C.C. 1.193.587.283 de Soledad

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

PERIODO DEL CONTRATO: PRIMER PAGO CONTRATO 20250680

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

No. Contrato: 20250680

No CDP. 250706

No. RP. 251754

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 252670 **Fecha:** 08/07/2025 **Hora:** 11:00:59
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250680 PRIMER PAGO
Anexos: 15 FOLIOS
Remite: LEINNY SAJED TORRES PEINADO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: 912-641743-55 de Bancolombia

Barranquilla, 27 de Junio de 2025.



Nombre Contratista: Leinny Sajed Torres Peinado
C.C. 1.042.467.677 de Soledad
CORREO:
torresleinny554@gmai.com
CEL: 3192266868

Fecha:	27	de	junio	de	2025

Acta de recibo Inicial _x_ Parcial __Final_

INFORMACIÓNGENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250680
Tipode contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
Nombrede Contratista:	LEINNY SAJED TORRES PEINADO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valordel contrato:	**$9.770.361**		**RP Número:**	**251754**	
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centrode Costo:**	**VICERRECTORIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**
Plazodel contrato:	**Fechade inicio:**	**20/06/2025**	**Fecha de finalización:**	**31/08/2025**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fechade suspensión:**	**N/A**	**Fechade reinicio:**	**N/A**	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicionalalcontrato número:	**N/A**
Tipode contrato:	**N/A**
Nombrede Contratista:	**N/A**
Objetodel contrato:	

Valor del adicional contrato:	**N/A**	**ValorTotalDel Contrato**	**N/A**	**RP Número:**	**N/A**
Rubro:	**N/A**	**Fuente de Financiación:**	**N/A**	**Centrode Costo:**	**N/A**
Plazodel contrato:	**Fechade inicio: N/A**	**N/A**	**Fecha de finalización:**	**N/A**	
Suspensión decontrato: (Si aplica)	**Fechade suspensión:**	**N/A**	**Fechade reinicio:**	**N/A**	

INFORMACIÓNDEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: $3.256.787	
Periodo al quecorresponde el pago:	**PRIMER PAGO CONTRATO 20250680**

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

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidaddel 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
Salariosyprestaciones	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		APORTECORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	12,5%	$178,000	MAYO
Pensión	16%	$227,000	MAYO
ARL		$14,900	MAYO

CERTIFICACIÓNAPORTESPARA FISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL(Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)	

CONTRATO		20250680		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fechade Pago
Estampilla ITSA	$ 9.770.361	20250056359	$29.000	26/06/2025
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**	**Fechade 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**	**Fechade Pago**
EstampillaPro-Hospitales de 1y 2 Niveles	**N/A**	**N/A**	**N/A**
EstampillaPro-Hospital Universitario CARI	**N/A**	**N/A**	**N/A**
EstampillaPro-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		
Porparte del contratista:	LEINNY SAJED TORRES PEINADO		
Lugardonde se realiza la reunión	Comunicaciones Estratégicas		
Horade inicio (a.m./p.m.)	**08:00 AM**	**Horade 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. Apoyo en la elaboración de piezas o campañas institucionales.	1. Se apoyó en la elaboración de piezas o campañas institucionales.
2. Apoyo en las actividades de edición fotográfica que le sea requeridas.	2. Se apoyó en las actividades de edición fotográfica que le sea requeridas.
3. Apoyo en las actividades de diagramación de plegables, volantes y revistas institucionales.	3. Se apoyó en las actividades de diagramación de plegables, volantes y revistas institucionales.
4. Apoyar en la toma fotográfica en eventos institucionales	4.Se apoyó en la toma fotográfica en eventos institucionales.
5.Apoyar en la actualización de la página web institucional	5.Se apoyó en la actualización de la página web institucional.
6. Apoyar en la preproducción y producción de programas institucionales.	6. Se apoyó en la preproducción y producción de programas institucionales.
7. Apoyar en el diseño de los contenidos para todas las plataformas o canales institucionales.	7. Se apoyó en el diseño de los contenidos para todas las Plataformas o canales institucionales.

8. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual.	8.Se presentó informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual.
9. Presentar la cuenta de cobro.	9. Se presentó la cuenta de cobro
10. Asistirá las reuniones que convoque el supervisor del contrato	10. Se asistió a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.
11. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan.	11. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato me correspondan..

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 AEVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimientoal objeto del contrato					X
Calidaddelas especificaciones del bienoservicio					X
Cumplimientodela entrega					X
Atención al clienteporparte del contratista					X

Calificaciónproveedor o contratista: 5.0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA OSUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fechade entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	21	**de**	Julio	**de**	2025

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (27/06/2025)				
Veintisiete	días del mes de	Junio	de	2025

ARCESIO CASTRO AGUDELO
Interventor o Supervisor

LEINNY SAJED TORRES PEINADO
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 1193587283		TORRES PEINADO LEINNY SAJED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 #54 - 51	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3208931558	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	1000000533	9486935411	I	2025/06/20	2025/07/01	BANCO DE BOGOTA	11	$423,900

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	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 1193587283	TORRES LEINNY	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$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 1193587283		TORRES PEINADO LEINNY SAJED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 11 #54 - 51	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3208931558	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	1000000533	9486935411	I	2025/06/20	2025/07/01	BANCO DE BOGOTA	11	$423,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,700	$0	$229,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,700	$0	$229,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$200	$0	$15,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$200	$0	$15,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
TOTAL				**1**	**$420,700**	**$3,200**	**$0**	**$423,900**



Jueves, 26 de Junio de 2025

Datos Básicos del Recibo de Pago

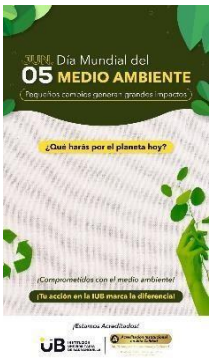
No. Documento:	20250056359
Fecha Emisión:	26/06/2025
Identificación:	1193587283
Declarante:	LEINNY SAJED TORRES PEINADO
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 9.770.361
Fecha Pago:	26/06/2025
Monto Pagado:	$ 29.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250680, CONTRATO SECOP: 20250680
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO

INFORME DE GESTIÓN

Reporte de gestión del cumplimiento y ejecución de actividades del contrato N°20250032 de Prestación de servicios de apoyo a la gestión en la Institución Universitaria De Barranquilla-IUB.

Barranquilla, Atlántico
Junio de 2025

INFORME DE GESTIÓN CONTRATO No.20250032

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar en la preproducción y producción de programas institucionales.	Apoyó en la preproducción y producción de programas institucionales.  
Apoyo en la elaboración de piezas o campañas institucionales.	Apoyó en la elaboración de piezas o campañas institucionales.  
Apoyo en las actividades de diagramación de plegables, volantes y revistas institucionales.	Apoyo en las actividades de diagramación de plegables, volantes y revistas institucionales.  

Apoyar en la preproducción y producción de programas institucionales.	Apoyó en la preproducción y producción de programas institucionales.  

BQUILLA, Mayo 20 de 2025

Señora:

TORRES PEINADO LEINNY SAJED

CC. 1193587283CR 11 NRO 54 51 BRR CD METROPOLITANA - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 31 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
TORRES PEINADO LEINNY SAJED	1193587283	C	Ago-31-2018	322	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
LEINNY SAJED TORRES PEINADO	1193587283	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LEINNY SAJED TORRES PEINADO	1193587283	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEINNY SAJED TORRES PEINADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193587283,** se encuentra afiliado/a desde **24/06/2024** 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 20 de mayo 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

ARL

Medellin, 20 de mayo de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LEINNY SAJED TORRES PEINADO** con documento de identidad **C1193587283**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB** con NIT **N802011065**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-02-15	2025-05-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL ATLANTICO	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificación
Bancaria

Martes, 20 de mayo de 2025

Institución Universitaria De Barranquilla

Bancolombia S.A. se permite informar que LEINNY SAJED TORRES PEINADO identificado(a) con CC 1193587283, 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	91264174355	2024-02-21	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

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

Barranquilla, 20 junio 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 [■] 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). Soydeclarante 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.



LEINNY SAJED TORRES PEINADO

C.C. 1.193.587.283 de Soledad (Atlántico)