LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Nit. 802.011.065-5

DEBE A

ANDREA CAROLINA YEPES BULA

VALOR DEL PAGO MENSUAL: UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MILM/L ($1.250.000)

PERIODO A CANCELAR: Primer pago contrato 20250756

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

No. Contrato: 20250756 **No. CDP.** 250651 **No. RP.** 252097

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 083573929-43 del Bancolombia l

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: andreayepesbula@gmail.com

CELULAR: 3005529199

Barranquilla, 24 de julio del 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 253094 **Fecha:** 28/07/2025 **Hora:** 09:39:33
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250756 PRIMER PAGO
Anexos: 10 FOLIOS
Remite: ANDREA CAROLINA YEPES BULA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



ANDREA CAROLINA YEPES BULA
C.C. 1.140.891.122 de Barranquilla

Fecha:	**24**	**de**	**Julio**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __Final ___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250756
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	ANDREA CAROLINA YEPES BULA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB	

Valor del contrato:	**$8.750.000 M/L**			**RP Número:**	**252097**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**Vicerrectoría Administrativa y Financiera**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**Julio 9 del 2025**		**Fecha de finalización:**	**Septiembre 30 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: UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL M/L ($1.250.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20250756**

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%**	$ 250.000	Junio del 2025
Pensión	**16%**	$ 320.00	Junio del 2025
ARL		$ 10.500	Junio del 2025

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

CONTRATO		**20250756**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$8.750.000**	**20250063096**	**$26.000**	**Julio 21 del 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**
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:	Andrea Carolina Yepes Bula		
Lugar donde se realiza la reunión	Sala de juntas Sede Colsamiro de la Institución		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	8:00am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	8:30am

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
1. Acompañar en la formulación y seguimiento de los planes, proyectos y programas para el fortalecimiento institucional de la Secretaría General.	No se solicitó apoyo en este proyecto
2. Apoyar en el reporte y seguimiento de las metas programadas por la Secretaría General.	No se solicitó apoyo en este proyecto
3. Apoyar en la elaboración de los reportes al sistema de gestión de calidad de la Secretaría General enfocadas al fortalecimiento institucional.	No se solicitó apoyo en este proyecto
4. Acompañar en la emisión de reportes a entes de control.	No se solicitó apoyo en este proyecto
5. Apoyar en los proyectos de respuesta a comunicaciones asignadas	Se brindó apoyo en las respuestas de las solicitudes, quejas, reclamos y peticiones de lo requerido a la IUB
6. Realizar la proyección de los certificados de contratos de OPS adscritos en la institución Universitaria de Barranquilla IUB.	No se solicitó apoyo en este proyecto
7. Apoyar en el registro de consecutivo de resoluciones expedidos por cada dependencia.	No se solicitó apoyo en este proyecto

8. Registrar, renovar y retirar de la ARL a los contratistas OPS vinculados en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB.	No se solicitó apoyo en este proyecto
9. Activar y desasociar contratistas en la plataforma de SIGEP, que suscriben contratos con la institución.	No se solicitó apoyo en este proyecto
10. Asistir a las reuniones que convoque el Supervisor del Contrato.	Asistí a las reuniones convocadas
11. Las demás que designe el supervisor del contrato.	No se solicitó apoyo en este proyecto

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

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

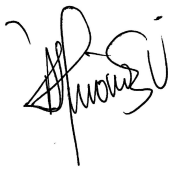
OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					X
Calidad de las especificaciones del bien o servicio				X	
Cumplimiento de la entrega					X
Atención al cliente por parte del contratista					X

Calificación proveedor o contratista: 4,8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**Julio 31 del 2025**	**Andrea Carolina Yepes Bula**

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 (24)				
Veinticuatro	días del mes de	Julio	de	2025



Ángela Victoria Hernández Vergara
Supervisor o Interventor



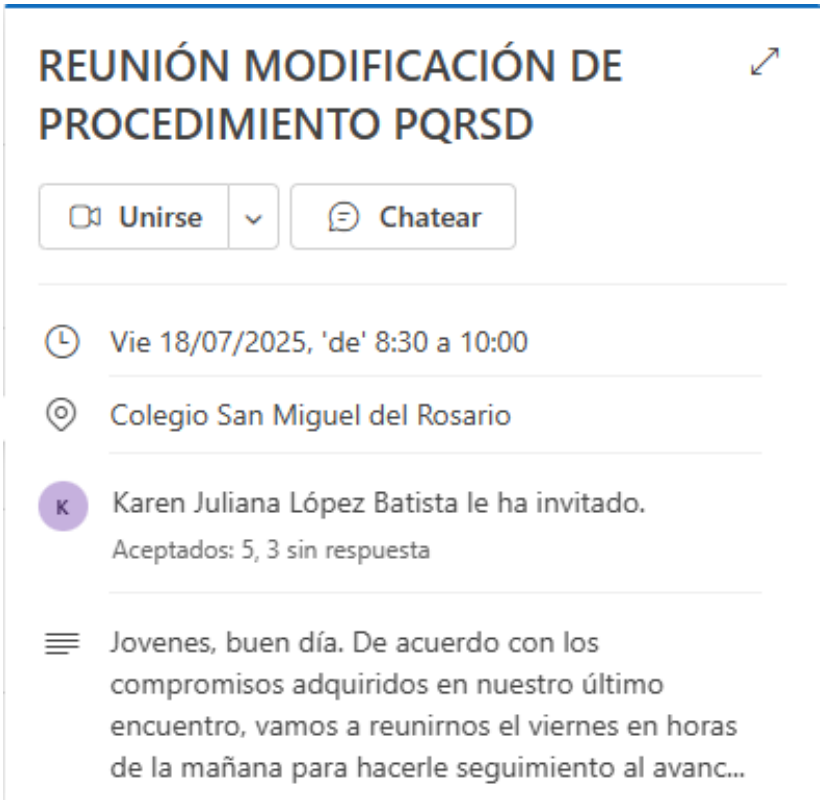
Andrea Carolina Yepes Bula
Contratista

EVIDENCIAS PUNTO NÚMERO 5

1. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD						2. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nº RADICADO	TIPO DE SOLICITUD	FUNCIONARIO AL CUAL SE REDIRECCIONÓ	PROCESO AL CUAL FUE REDIRECCIONADO	TEMA RELACIONADO A LA SOLICITUD	DESCRIPCIÓN DE LA PQRS	NOMBRE DEL USUARIO	OBSERVACIONES	FECHA QUE SE REASIGNA (DD/MMM/AAAA)
202509000013483	SOLICITUD DE INFORMACION	MARIA TORRES	JUR	Certificado Laboral	Barranquilla, 09 de junio de 2025	fundación universitaria san mateo fundación	Soledad, Viernes 04 de julio de 2025	10/06/2025
202509000013543	SOLICITUD DE INFORMACION	MARIA TORRES	JUR	Verificación Académica	Barranquilla, 10 de junio de 2025	SEGURIDAD ATLAS LTDA SEGURIDAD	Soledad, Jueves 03 de julio de 2025	10/06/2025
202509000013553	SOLICITUD DE INFORMACION	MARIA TORRES	JUR	Verificación Académica	Barranquilla, 10 de junio de 2025	HGS COLOMBIA HGS COLOMBIA	Soledad, Jueves 03 de julio de 2025	10/06/2025
202509000086554	PETICIÓN	MARIA TORRES	JUR	Verificación Académica	Barranquilla, 10 de junio de 2025	COPNIA COPNIA	Soledad, Jueves 10 de julio de 2025	11/06/2025
202509000086574	PETICIÓN	MARIA TORRES	JUR	Verificación Académica	Barranquilla, 11 de junio de 2025	DIANA MILENA ESTRADA ALZATE	Soledad, Jueves 03 de julio de 2025	11/06/2025

3. EFICACIA				
FECHA QUE SE REASIGNA (DD/MMM/AAAA)	FECHA MAX. PARA DAR RESPUESTA (DD/MMM/AAAA)2	FECHA DE REAL DE RESPUESTA (DD/MMM/AAAA)	TIEMPO DE RESPUESTA (DÍAS)	ESTADO
10/06/2025	27/06/2025	04/07/2025	20	CERRADA
10/06/2025	27/06/2025	03/07/2025	19	CERRADA
10/06/2025	30/06/2025	03/07/2025	18	CERRADA
11/06/2025	30/06/2025	10/07/2025	23	CERRADA
11/06/2025	01/07/2025	18/07/2025	28	CERRADA

EVIDENCIA DEL PUNTO NÚMERO 10



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140891122
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA CAROLINA YEPES BULA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 72 N° 25B 03 PISO 2	TELÉFONO:	3355881
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**2331362822**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			12328653

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 320.000	$	$	$	$	$	$	$ 320.000	$	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$**	**$ 320.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$		$		$	$ 250.000	$	$	$	$ 250.000	$	$	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$**	**$**	**$ 250.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$	$		$	$ 10.500	$ 10.500	$	$	$ 10.500
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$**	**$**	**$ 10.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES											
																											PENSIÓN									SALUD						ARP																															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORT	SENA TOTAL APORT	ICBF TOTAL APORT	ESAP TOTAL APORT	MINED TOTA APORT
1	CC 1140891122	YEPES BULA ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																		230201-PROTECCION	30	2.000.000	$ 320.000	$	$	$	$	Norma	$ 320.000	EPS037-NUEVA EPS	30	2.000.000	$ 250.000	$	$ 250.000	14-11 - ARL SURA	30	2.000.000	11408911	$ 10.500		$		$	$	$	$	$

TOTAL PAGADO: $ 580.500

Planilla Pagada



MiÃ©rcoles, 23 de Julio de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250063096**
Fecha Emisión:	21/07/2025
Identificación:	1140891122
Declarante:	ANDREA CAROLINA YEPES BULA
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 8.750.000
Fecha Pago:	21/07/2025
Monto Pagado:	$ 26.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	CONT N° 20250756
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificación Bancaria

Lunes, 21 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDREA CAROLINA YEPES BULA identificado(a) con CC 1140891122, 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	08357392943	2023-09-12	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.

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

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

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, Julio/9//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 [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



_____

Andrea Carolina Yepes Bula
C.C. 1.140.891.122 Barranquilla - Atlántico