INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

DEBE A

ANYELA PAOLA JIMENEZ AREVALO
CC. N° 1043436937

VALOR DEL PAGO MENSUAL: $ 2.500.000 Dos millones quinientos mil pesos

PERIODO A CANCELAR: Primer pago contrato 20250493

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

Contrato N.° 20250493 **N.° CDP: 250641** **N.° RP: 251981**

CONSIGNAR EN CTA DE AHORRO DE BANCO BBVA N.° 0348000062

Barranquilla, 21 de Julio del 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 253052 **Fecha:** 25/07/2025 **Hora:** 11:33:09
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250493 PRIMER PAGO
Anexos: 14 FOLIOS
Remite: ANYELA PAOLA JIMENEZ AREVALO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

ANYELA PAOLA JIMENEZ AREVALO
CC. N° 1043436937
Celular: 3229756547
Correo: anyejimenez08812@gmail.com

Fecha:	21	de	Julio	de	2025

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial__ Final__

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato N° 20250493
Tipo de contrato:	Prestación de servicios de Apoyo a la Gestion.
Nombre de Contratista:	Anyela Paola Jimenez Arevalo
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.	

Valor del contrato:	**$ 7.500.000**			**RP Número:**	**251981**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**Vicerrectora Administrativa y Financiera**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**01 -07 - 2025**		**Fecha de finalización:**	**30 – 09 - 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

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

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: $2.500.000 Dos millones quinientos mil pesos M/L	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago Contrato 20250493

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				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	12.5%	$178.600	Junio 2025
Pension	16%	$228.600	Junio 2025
ARL		$7.600	Junio 2025

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

CONTRATO		20250493		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	$ 7.500.000	20250062509	$23.000	18/07/2025
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				

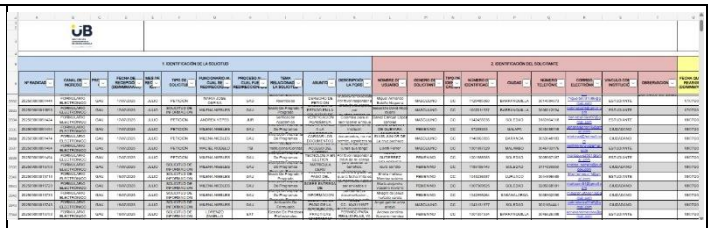
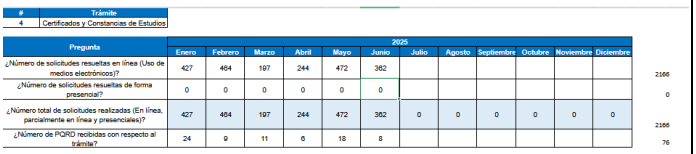
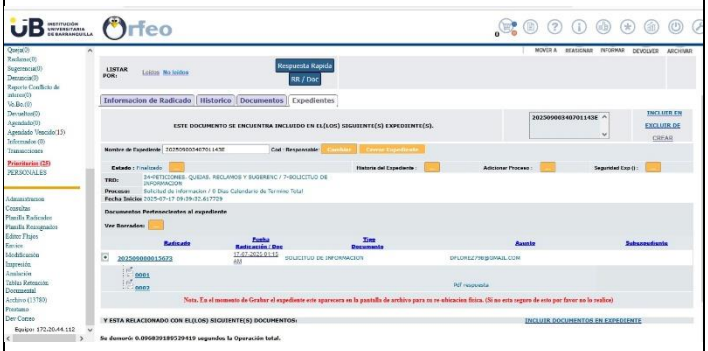
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por Parte Del Contratista:	Anyela Paola Jimenez Arevalo		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina De Secretaria General		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**8: 30 a.m.**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:00 a.m.**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Brindar apoyo a los estudiantes en los niveles, técnico laboral, técnico profesional, tecnológico y profesional universitario en lainformación solicitada por los mismos	**Soledad, Lunes 07 de julio de 2025** Señor(a) **MIGUEL ISAAC BARRIOS VILORIA** miguelisaac.barriosviloria@gmail.com Reciba un cordial saludo de parte de la Institución Universitaria de Barranquilla, establecimiento público de Educación del Orden Superior Distrital. Revisando su solicitud me permito informarle que, ya fue activado su formulario de Inscripción para el 2025-3, debe proceder al cargue de sus documentos. Atentamente, Atención al Usuario **Institución Universitaria de Barranquilla** ¡Somos Orgullo Metropolitano! **Campus Barranquilla:** Cra. 45 No 48-31 **Campus Soledad:** Calle 18 No. 39-100 Se brindó a los estudiantes en los niveles, técnico Laboral, Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario en la información solicitada por los mismos
Apoyar en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades	Se apoyó en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades

Apoyar en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la unidad en la cual desarrolla las actividades	 Se Apoyó en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la Unidad en la cual desarrolla las actividades
Apoyar en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la unidad.	Se apoyó en la en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la Unidad
Brindar apoyo en reporte de estadísticas de las actividades que se ejecutan en el proceso.	 Se brindó apoyo en los reportes estadísticos de las actividadesque se ejecutan en el proceso
Apoyar en las actividades propias de la dependencia a la cual seencuentra asignado.	 Se Apoyó en las actividades propias de la dependencia a la cual se encuentra asignado

#	Trámite
4	Certificados y Constancias de Estudios

Pregunta	2025											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
¿Número de solicitudes resueltas en línea (Uso de medios electrónicos)?	427	464	197	244	472	362						
¿Número de solicitudes resueltas de forma presencial?	0	0	0	0	0	0						
¿Número total de solicitudes realizadas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)?	427	464	197	244	472	362	0	0	0	0	0	0
¿Número de PQRD recibidas con respecto al trámite?	24	9	11	6	18	8						

2166
0
2166
76

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**	
Los adquiridos en el contrato		31-07-2025		Anyela Paola Jimenez Arevalo	
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 (21)				
Veintiuno	días del mes de	julio	de	2025

Ángela Victoria Hernández Vergara
Secretaria General

Anyela Paola Jiménez Arévalo
Contratista

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1043436937
Nombres:	ANYELA PAOLA JIMENEZ AREVALO
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2025-02-10
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	PROMOTORES DE LA SALUD DE LA COSTA S.A.S

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-06-26 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-07-26

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

Medellín, 26 de junio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANYELA PAOLA JIMENEZ AREVALO identificado(a) con C1043436937 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10434369372517748854

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANYELA PAOLA JIMENEZ AREVALO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.043.436.937**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 1043436937		JIMENEZ AREVALO ANYELA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 45 e 19-82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3229756547	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000583	9488152387	I	2025/07/09	2025/07/14	BANCO DE BOGOTA	5	$414,800

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	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1043436937	JIMENEZ ANYELA	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC24	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$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 1043436937		JIMENEZ AREVALO ANYELA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 45 e 19-82	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3229756547	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000583	9488152387	I	2025/07/09	2025/07/14	BANCO DE BOGOTA	5	$414,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$1,500**	**$0**	**$414,800**

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA
BARRANQUILLA CAPITAL DE VIDA
GERENCIA DE GESTIÓN DE INGRESOS

CONTRIBUYENTE

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

Declarante:	C 1043436937 ANYELA PAOLA JIMENEZAREVALO	**Fecha Emisión:**	18/07/2025	**No. Recibo Pago**	
Asociada:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB - 20250493, No. CONTRATO SECOP: 20250493	**Fecha Vence:**	30/07/2025	**20250062509**	
Impuesto:	95 - ESTAMPILLA ITSA		**Base / Cantidad:**	7.500.000	

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
C95	ESTAMPILLA ITSA	0.3%			23.000

Entidades Recaudo: BANCO DE OCCIDENTE

RECIBO OFICIAL DE PAGO EMITIDO POR INTERNET

TOTAL A PAGAR: **23.000**

(415)7707277260214(8020)020250062509(3900)00000000023000(96)20250730

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT:
860.525.148-5

IMPUESTOS VARIOS - PAGOS EN EFECTIVO O CHEQUE DE GERENCIA

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA
BARRANQUILLA CAPITAL DE VIDA
GERENCIA DE GESTIÓN DE INGRESOS

DISTRITO

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

Declarante:	C 1043436937 ANYELA PAOLA JIMENEZAREVALO	**Fecha Emisión:**	18/07/2025	**No. Recibo Pago**	
Asociada:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB - 20250493, No. CONTRATO SECOP: 20250493	**Fecha Vence:**	30/07/2025	**20250062509**	
Impuesto:	95 - ESTAMPILLA ITSA		**Base / Cantidad:**	7.500.000	

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
C95	ESTAMPILLA ITSA	0.3%			23.000

Entidades Recaudo: BANCO DE OCCIDENTE

RECIBO OFICIAL DE PAGO EMITIDO POR INTERNET

TOTAL A PAGAR: **23.000**

(415)7707277260214(8020)020250062509(3900)00000000023000(96)20250730

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT:
860.525.148-5

IMPUESTOS VARIOS - PAGOS EN EFECTIVO O CHEQUE DE GERENCIA

DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA
BARRANQUILLA CAPITAL DE VIDA
GERENCIA DE GESTIÓN DE INGRESOS

BANCO

RECIBO OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS VARIOS

Declarante:	C 1043436937 ANYELA PAOLA JIMENEZAREVALO	**Fecha Emisión:**	18/07/2025	**No. Recibo Pago**	
Asociada:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB - 20250493, No. CONTRATO SECOP: 20250493	**Fecha Vence:**	30/07/2025	**20250062509**	
Impuesto:	95 - ESTAMPILLA ITSA		**Base / Cantidad:**	7.500.000	

Concepto	Descripcion Concepto	Tarifa	Banco	Numero Cuenta	Total Concepto
C95	ESTAMPILLA ITSA	0.3%			23.000

Entidades Recaudo: BANCO DE OCCIDENTE

RECIBO OFICIAL DE PAGO EMITIDO POR INTERNET

TOTAL A PAGAR: **23.000**

(415)7707277260214(8020)020250062509(3900)00000000023000(96)20250730

CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT:
860.525.148-5

IMPUESTOS VARIOS - PAGOS EN EFECTIVO O CHEQUE DE GERENCIA

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
Distrito Especial, Industrial y Portuario

Transacción Aprobada

Método de pago
Cuentas débito ahorro y corriente (PSE)

Total pagado $23.000,00	Banco NEQUI
Autorización / CUS 1638093970	Fecha de transacción 2025-07-18 13:12:28
Recibo 1690414396	Dirección IP 200.116.229.242
Código Respuesta 00	

El comprobante será enviado a
anyejimenez0812@gmail.com

Total pagado S204205206-T103

$23.000,00 COP

null

Detalle del pago

Referencia
20250062509

Fecha de solicitud
2025-07-18 13:11:24

El proceso ha finalizado hace menos de un minuto

Obtén ayuda en pagoselectronicos@barranquilla.gov.co

Hecho por placetopay by evertec



Viernes, 18 de Julio de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250062509**
Fecha Emisión:	18/07/2025
Identificación:	1043436937
Declarante:	ANYELA PAOLA JIMENEZAREVALO
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 7.500.000
Fecha Pago:	18/07/2025
Monto Pagado:	$ 23.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250493, CONTRATO SECOP: 20250493
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 01 Julio de 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 [■]

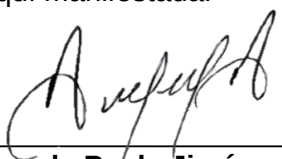
4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

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

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 [■]

c). que de acuerdo con 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.



Anyela Paola Jiménez Arévalo
C.C. 1.043.436.937 de Barranquilla (Atlántico)