Barranquilla, 23 de septiembre de 2025

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

SAMIRA CASTRO MARTINEZ
CC: **22.522.924** de Barranquilla.

LA SUMA DE:

($6.877.483)
SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/L

PERIODO A CANCELAR: Cuarto pago contrato 20250459

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla – IUB.

No. Contrato. 20250459

No. CDP. 250657 **No. RP.** 251574

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorro No 4192016845 de Banco SCOTIABANK COLPATRIA S.A.

LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO: Campus Barranquilla

Atentamente,



SAMIRA CASTRO MARTINEZ
CC: 22.522.924 de Barranquilla.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 254372 **Fecha:** 26/09/2025 **Hora:** 10:29:01
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250459 CUARTO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: SAMIRA CASTRO MARTINEZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha:	**23**	**de**	**septiembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250459
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Nombre de Contratista:	SAMIRA CASTRO MARTINEZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA -IUB	

Valor del contrato:	**$34.387.415**			**RP Número:**	**251574**
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 ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**10/06/2025**		**Fecha de finalización:**	**31/10/2025**
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:	No aplica	**Valor Total Del Contrato**	No aplica	**RP Número:**	No aplica
Rubro:	No aplica	**Fuente de Financiación:**	No aplica	**Centro de Costo:**	No aplica
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	No aplica		**Fecha de finalización:**	No aplica
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	No aplica		**Fecha de reinicio:**	No aplica

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/L ($6.877.483)	
Periodo al que corresponde el pago:	Cuarto pago contrato 20250459

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: JUNIO**
Salud	**12.5%**	$2.752.000	$344.000
Pensión	**16%**	$2.752.000	$440.400
ARL	**0,522%**	$2.752.000	$ 14.400

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) (dd/mm/aaaa)	**Fecha**	**15/09/2025**

CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$34.387.415**	**20250056027**	**$103.000**	**30/06/2025**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$34.387.415**	**20250056031**	**$863.000**	**30/06/2025**
Estampilla Pro Cultura	**$34.387.415**	**20250056029**	**$173.000**	**30/06/2025**
Bono al Deporte				

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):	Arcesio Julian Castro Agudelo		
Por parte del contratista:	Samira Castro Martinez		
Lugar donde se realiza la reunión	Microsoft Teams		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:30am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Asesorar en el proceso de seguimiento y cumplimiento de los indicadores y metas del Plan de Desarrollo Institucional y Planes de Acción.	Se apoyó en el proceso de seguimiento y cumplimiento de los indicadores y metas del Plan de Desarrollo Institucional y Planes de Acción.
2. Asesorar y apoyar en las actividades institucionales que promuevan la articulación interinstitucional.	Se asesoró y apoyó en las actividades institucionales que promueven la articulación interinstitucional.
3. Asesorar en la estructuración y seguimiento de planes operativos para la optimización de los procesos.	Se asesoró en la estructuración y seguimiento de planes operativos para la optimización de los procesos.
4.Participar en la formulación de proyectos en articulación con entidades locales, nacionales y de cooperación internacional para la implementación de proyectos en el marco de la responsabilidad social de la entidad.	Se participó en la formulación de proyectos en articulación con entidades locales, nacionales y de cooperación internacional para la implementación de proyectos en el marco de la responsabilidad social de la entidad.

5.Asesorar y apoyar en la organización y/o logística de los eventos institucionales.	Asesore y apoye en la organización y/o logística de los eventos institucionales.
6.Apoyar en las demás actividades que el supervisor le indique.	Se apoyo en actividades indicadas por el supervisor.
7.Guardar absoluta reserva sobre documentos, informaciones y datos que se manejan en la respectiva dependencia.	Se guardó absoluta reserva sobre documentos, informaciones y datos que se manejan en la respectiva dependencia.
8.Apoyar en las demás actividades que el supervisor le indique.	Se apoyo en actividades indicadas por el supervisor
9.Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se asistió a las reuniones convocadas por el supervisor 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					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**
N/A	**N/A**	**N/A**

Fecha de la próxima reunión	**20**	**De**	**Octubre**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (23)				
Veintitres	días del mes de	Septiembre	de	2025

Arcesio Julián Castro Agudelo
Supervisor o Interventor

Samira Castro Martínez
Contratista

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-22522924 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-09	230201	800229739	PROTECCION	1	0	440.400	0	440.400
Período salud:	2025-09	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	344.000	0	344.000
Planilla Nro.:	34416617 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	14.400	0	14.400
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-09-15	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1776860125	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 798.800

PAGADO

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4192016845 , con fecha de apertura 31 de Octubre de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): SAMIRA CASTRO MARTINEZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 22.522.924

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Junio de 2025 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 10 de junio de 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 [X] 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 [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:



SAMIRA CASTRO MARTINEZ
C.C. 22522924