INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO

VALOR DEL PAGO MENSUAL: CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($4.000.000)

PERIODO A CANCELAR: Pago inicial contrato 20250964

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

No. Contrato. 20250964 **No. CDP.** 250905 **No. RP.** 253793

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorro No. 487-702096-44 de Bancolombia

Soledad, 10 de noviembre de 2025.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 254900 **Fecha:** 11/11/2025 **Hora:** 08:19:41
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250964 PRIMER PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO
C.C. 1.043.930.591 de Tubara
Celular: 3023700398
Correo: gestionriesgos@unibarranquilla.edu.co / folascuaga1987@gmail.com

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

Fecha:	**04**	**de**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250964
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	Francisca Elisa Olascuaga Bermejo
Objeto del contrato: Prestación de Servicios Profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB	

Valor del contrato:	**10 MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MONEDA LEGAL ($10.520.000)**			**RP Número:**	**253793**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos de la nación**	**Centro de Costo:**	**Rectoría**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**04-11-2025**		**Fecha de finalización:**	**19-12-2025**
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:		**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:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($4.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**pago inicial contrato 20250964**

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

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

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

CONTRATO		**20250964**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 10.520.000**	**20250101632**	**$32.000**	**07/10/2025**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$ 10.520.000**	**20250101648**	**$265.000**	**07/10/2025**
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)18				

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):	Carolina Monsalve Pabón		
Por parte del contratista:	Francisca Elisa Olascuaga Bermejo		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de Planeación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 a.m	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	11:00 a.m

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
Realizar seguimiento y evaluación al tratamiento de los riesgos priorizados, verificando la ejecución de los planes de acción definidos y reportando su avance ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y/o Comité de Coordinación de Control Interno.	Se realizan reuniones e integración del trabajo en el análisis de los riesgos fiscales y riesgos de corrupción, por las áreas de jurídica, gestión documental, con las áreas de jurídica y de tecnologías de la información.
Revisar las acciones y planes de mejoramientos definidos para cada riesgo materializado, asegurando la implementación de medidas oportunas y efectivas para prevenir su recurrencia y garantizar el cumplimiento de los objetivos.	Se realiza gestión de análisis y registro sobre la identificación de riesgos de corrupción, de los cuales se ha realizado registro en el consolidado de la matriz de acuerdo a lo establecido en la guía MIPG V6. Se trabaja en conjunto con todos los procesos participantes en la gestión de la guía del DAFP.
Asesorar técnicamente a los líderes de procesos en la gestión del riesgo, brindando lineamientos y acompañamiento en la identificación, valoración y tratamiento de riesgos.	Se ejecuto capacitación del personal de TSI, Bienestar y jurídica donde se comunicó el alcance de la guía MIPG V6 y la importancia sobre la identificación de cada uno de los riesgos fiscales, corrupción y procesos, para mantener el carácter preventivo.

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: 4,5

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	**30**	**De**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (10)				
10	días del mes de	noviembre	de	2025

Carolina Monsalve Pabón
Supervisor o Interventor

Francisca Olascuaga Bermejo.
Contratista



Viernes, 7 de Noviembre de 2025

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250101648**
Fecha Emisión:	07/11/2025
Identificación:	1043930591
Declarante:	FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD)
Acto:	ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD)
Base Gravable:	$ 10.520.000
Fecha Pago:	07/11/2025
Monto Pagado:	$ 265.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20250964, CONTRATO SECOP: 20250964
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Viernes, 7 de Noviembre de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250101632**
Fecha Emisión:	07/11/2025
Identificación:	1043930591
Declarante:	FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 10.520.000
Fecha Pago:	07/11/2025
Monto Pagado:	$ 32.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250964, CONTRATO SECOP: 20250964
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-06, 12:01:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81529989

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025

PAGADO 06/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCISCA OLASCUAGA		
Documento	CC1043930591	**Dirección**	CR 17 #26 - 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6023700398
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1043930591	FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO	57	00										X							0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.600.000	$ 256.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.600.000	$ 200.000	0,522	$ 1.600.000	$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 0	$ 256.000	$ 200.000	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400	$ 4.400	$ 468.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 04/11/2025

Señores:
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
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:

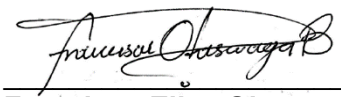
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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



Francisca Elisa Olascuaga Bermejo
CC: 1.043.930.591 de Tubara