INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

MELANY FERNÁNDEZ CÉSPEDES

C.C 1.001.855.533 De Barranquilla

VALOR DEL PAGO: UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($1.250.000.00)

PERIODO A CANCELAR: primer pago contrato 20251256

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

No. Contrato 20251256 No. **CDP. 251008 No. RP. 253977**

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta ahorro 91242399272 de Bancolombia

Barranquilla, 21 de noviembre de 2025

MELANY FERNÁNDEZ CÉSPEDES
C.C. No 1001855533

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255227 **Fecha:** 25/11/2025 **Hora:** 10:49:06
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251256 PRIMER PAGO Q
Anexos: 10 FOLIOS
Remite: MELANY FERNANDEZ CESPEDES
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación rete fuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**21**	**de**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial X Parcial__ Final__

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251256
Tipo de contrato:	Prestación de servicio
Nombre de Contratista:	Melany Fernández Céspedes
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$5.333.333,00**			**RP Número:**	**253977**
Rubro:	**2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**VICERRECTORÍA ACADÉMICA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**13/11/2025**		**Fecha de finalización:**	**19/12/2025**
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:	

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: UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L ($1.250.000.00)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20251256**

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%**	$95,100	Octubre
Pensión	**16%**	$121,800	Octubre
ARL		$4,100	Octubre

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

CONTRATO		**20251256**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	5.333.333,00	20250104185	16.000	13/11/2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**NA**			
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):	BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ		
Por parte del contratista:	MELANY FERNÁNDEZ CÉSPEDES		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de Bienestar Institucional**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00 am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento al programa de monitorias.	Se cumplió con la planeación, desarrollo y seguimiento al programa de monitorias.
Apoyar en la atención académica y administrativa a los estudiantes de la institución.	Se cumplió con el apoyo a la atención académica y administrativa a los estudiantes de la institución.
Apoyar el proceso de agendamiento, atención, firma y seguimientos de acta por bajo rendimiento	Se cumplió con el apoyo en el proceso de agendamiento, atención, firma y seguimientos de acta por bajo rendimiento
Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento de los cursos nivelatorios y atenciones por alertas 1 y 2.	Se cumplió con el apoyo en la planeación, desarrollo y seguimiento de los cursos nivelatorios y atenciones por alertas 1 y 2.
Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento de las actividades de asesorías académicas y talleres de éxito académico.	Se cumplió con el apoyo en la planeación, desarrollo y seguimiento de las actividades de asesorías académicas y talleres de éxito académico.

Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento a la aplicación de guías de caracterización, ferias de orientación académica, programa compartiendo caminos de enseñanza, contacto por inasistencias a clase y episodios de deserción.	Se cumplió con el apoyo en la planeación, desarrollo y seguimiento a la aplicación de guías de caracterización, ferias de orientación académica, programa compartiendo caminos de enseñanza, contacto por inasistencias a clase y episodios de deserción.
Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento a las inasistencias a clase y episodios de deserción de los estudiantes.	Se cumplió con el apoyo en la planeación, desarrollo y seguimiento a las inasistencias a clase y episodios de deserción de los estudiantes.
Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento a los estudiantes que reciben estímulos y hacen parte de las becas oferta la institución.	Se dio cumplimiento en la planeación, desarrollo y seguimiento a los estudiantes que reciben estímulos y hacen parte de las becas oferta la institución.
Apoyar en la planeación, desarrollo y seguimiento al programa de Consejería y Padrinazgo estudiantil.	Se dio cumplimiento en el apoyo en la planeación, desarrollo y seguimiento al programa de Consejería y Padrinazgo estudiantil.
Realizar informes estadísticos sobre las atenciones realizadas a estudiantes para fomentar su permanencia y graduación efectiva.	Se dio cumplimiento en la realización de informes estadísticos sobre las atenciones realizadas a estudiantes para fomentar su permanencia y graduación efectiva.
Realizar informe del análisis y tendencia de la deserción por nivel de formación.	Se dio cumplimiento en la realización de informe del análisis y tendencia de la deserción por nivel de formación.
Apoyar a diseñar, implementar y hacer seguimiento a las estrategias a partir del resultado del análisis y tendencia de la deserción por nivel de formación.	Se cumplió con el apoyo a diseñar, implementar y hacer seguimiento a las estrategias a partir del resultado del análisis y tendencia de la deserción por nivel de formación.
Realizar evaluación que verifique el impacto de las acciones realizadas por el PAIP en relación con la permanencia estudiantil.	Se dio cumplimiento a la realización de la evaluación que verificó el impacto de las acciones realizadas por el PAIP en relación con la permanencia estudiantil.
Apoyar en la retroalimentación del sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre las atenciones realizada a la comunidad académica La Institución Universitaria de Barranquilla mensualmente.	Se cumplió con el apoyo de la retroalimentación del sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre las atenciones realizada a la comunidad académica La Institución Universitaria de Barranquilla mensualmente.
Apoyar en la aplicación de encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de permanencia estudiantil.	Se apoyó en la aplicación de encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de permanencia estudiantil.
Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.	Se dio cumplimiento y apoyo en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.
El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.	Se mantuvo la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.
Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se asistió a las reuniones convocadas por el Supervisor del contrato.
Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno en la Institución Universitaria de Barranquilla de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.	Se dio cumplimiento con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno en la Institución Universitaria de Barranquilla de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.

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: **4.0**

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

Fecha de la próxima reunión	**24**	**De**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (21) DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025				
VEINTIUNO	días del mes de	NOVIEMBRE	de	2025

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

MELANY FERNÁNDEZ CÉSPEDES
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 1001855533		FERNANDEZ CESPEDES MELANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69B # 33 - 43	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3006955338	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1928615431	9494709548	I	2025/11/11	2025/11/14	BANCOLOMBIA	3	$221,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,500	$300	$0	$121,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$121,500	$300	$0	$121,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,000	$100	$0	$4,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$4,000	$100	$0	$4,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$94,900	$200	$0	$95,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$94,900	$200	$0	$95,100
TOTAL				1	$220,400	$600	$0	$221,000

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 1001855533		FERNANDEZ CESPEDES MELANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69B # 33 - 43	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3006955338	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1928615431	9494709548	I	2025/11/11	2025/11/14	BANCOLOMBIA	3	$221,000

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)					$759,200	$121,500			$759,200	$94,900			$0	$0			$759,200	$4,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$759,200	$121,500			$759,200	$94,900			$0	$0			$759,200	$4,000		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$759,200	$121,500			$759,200	$94,900			$0	$0			$759,200	$4,000		$0	$0
1	CC	1001855533	FERNANDEZ MELANY	230301	16	$759,200	$121,500	EPS041	16	$759,200	$94,900		0	$0	$0	14-11	16	$759,200	$4,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$759,200	$121,500			$759,200	$94,900			$0	$0			$759,200	$4,000		$0	$0



Jueves, 13 de Noviembre de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250104185**
Fecha Emisión:	13/11/2025
Identificación:	1001855533
Declarante:	MELANY FERNANDEZ CESPEDES
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 5.333.333
Fecha Pago:	13/11/2025
Monto Pagado:	$ 16.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251256, CONTRATO SECOP: CO1.PCCNTR.8533846
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificación Bancaria

Jueves, 20 de noviembre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que MELANY FERNANDEZ CESPEDES identificado(a) con CC 1001855533, 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 de ahorros	91242399272	2022-09-23	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, 13 de Noviembre 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 [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 18v19 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



MELANY FERNÁNDEZ CÉSPEDES
C.C. No 1001855533