INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ

C.C 1042348827

VALOR DEL PAGO: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS. (2.273. 570.oo)

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

PERIODO A CANCELAR: PRIMER PAGO-CONTRATO 20251240

No. Contrato: 20251240 **No. CDP.** 251008 **No. RP.** 253821

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: 91252075696 *del banco* ***BANCOLOMBIA***

Barranquilla, 12 de noviembre de 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255212 **Fecha:** 25/11/2025 **Hora:** 10:00:16
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251240 PRIMER PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ
C.C 1042348827 de Sabana Grande / Atlántico

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

Fecha:	**12**	**de**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial X Parcial Final

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251240
Tipo de contrato:	Prestación de servicios de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB	

Valor del contrato:	**$** 5.987.068.oo **COP**			**RP Número:**	253821
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:**	**4-11-2025**		**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: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS. ($ 2.273. 570.oo)	
Periodo al que corresponde el pago:	**PRIMER PAGO DEL CONTRATO 20251240**

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%**	**$ 178.000**	**SEPTIEMBRE**
Pensión	**16%**	**$ 227.800**	**SEPTIEMBRE**
ARL	**0.0552 %**	**$ 7.500**	**SEPTIEMBRE**

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

CONTRATO		20251240		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	5.987.068.oo	20250102491	**18.000**	**10/11/2025**
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 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:	**GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PÉREZ**		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA DE BIENESTAR**		
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
1. Apoyar los talleres de disciplinas deportivas en la Institución Universitaria de Barranquilla.	Se prestó Apoyo en los talleres de las disciplinas deportivas en la Institución Universitaria de Barranquilla.(1 octubre al 31 de octubre de 2025)
2. Apoyar a los grupos bases de las disciplinas deportivas en la Institución Universitaria de Barranquilla	Se presto apoyó a los grupos bases de las disciplinas deportivas .(1 octubre al 31 de octubre de 2025)
3. Apoyar en la creación y entrega de datos de los grupos bases a la persona encargada de los seguimientos de estímulos en el primer mes del periodo cuatrimestral.	Se presto apoyó en la entrega en de la base de datos de los grupos bases a la persona encargada de los seguimientos de estímulos en el 1er periodo cuatrimestral Voleibol .(1 octubre al 31 de octubre de 2025)
4. Apoyar en la organización y ejecución de actividades deportivas, artísticas, culturales y recreativas.	Se apoyó y asesoría en la organización y programación de actividades deportivas y recreativas como herramienta de retención estudiantil Voleibol .(1 octubre al 31 de octubre de 2025)

5. Realizar de informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las actividades realizadas en la línea de acción de deporte y recreación.	Se prestó asesoría en la realización de informes estadísticos sobre las actividades realizadas en la línea de acción de deporte y recreación .(1 octubre al 31 de octubre de 2025)
6. Apoyar en actividades de retroalimentación al sistema de Gestión de Información de las atenciones realizada mensualmente.	Se apoyó en actividades de retroalimentación al sistema de gestión de información de la atención realizada a la comunidad académica mensualmente .(1 octubre al 31 de octubre de 2025)
7. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de acción de deporte y recreación	Se realizan las encuestas satisfactorias de las actividades y servicios en las líneas de acción de deportes y recreación.(1 octubre al 31 de octubre de 2025)
8. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.	Se cumplió con los lineamientos establecidos por el sistema de gestión de la calidad institucional .(1 octubre al 31 de octubre de 2025)

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	**20**	**de**	**noviembre**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (12 /11/2025)				
Doce	días del mes de	noviembre	De	Dos mil veinticinco

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

GUSTAVO IZQUIERDO PEREZ
Contratista

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-10-21, 03:37:13 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1075675628

Periodo Cotización 202509 **Periodo Servicio** 202509

PAGADA 2025-10-21 15:24:27.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ				
Documento	CC 1042348827	**Dirección**	CL 63B #12 B - 04		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3156212		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOLEDAD	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1042348827		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					IZQUIERDO PEREZ GUSTAVO ADOLFO	8758000 - 08		ATLANTICO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
C															0	30	30	30	30			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	CCF07	0,6 %	$ 1.423.500	$ 8.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COMFAMILIAR DEL ATLANTICO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 421.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!



Jueves, 13 de Noviembre de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250102491**
Fecha Emisión:	10/11/2025
Identificación:	1042348827
Declarante:	GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 5.987.068
Fecha Pago:	10/11/2025
Monto Pagado:	$ 18.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251240, CONTRATO SECOP: 20251240
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificación Bancaria

Lunes, 03 de noviembre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ identificado(a) con CC 1042348827, 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	91252075696	2023-05-02	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, 4 de Noviembre de 2025

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

ciudad.

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:

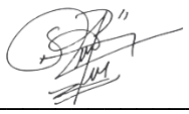
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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 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



GUSTAVO ADOLFO IZQUIERDO PEREZ
C.C. No 1042348827