

**LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**

**Nit. 802.011.065-5**

**DEBE A:**

**BRYAN HERNANDEZ DAVILA**

**VALOR DEL PAGO MENSUAL:** TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/L (\$3.700.000)

**PERIODO A CANCELAR:** PRIMER PAGO CONTRATO 20251169

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

**No. Contrato:** 20251169    **No. CDP.** 250924    **No. RP.** 253596

**No. CTA PARA CONSIGNAR:** Cuenta de ahorros 8742032549 del Banco Scotiabank Colpatria

**LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Sede Barranquilla

**EMAIL:** [bhernandezd29@gmail.com](mailto:bhernandezd29@gmail.com)

**CELULAR:** 300-259-6071

Barranquilla, 20 de noviembre del 2025



**BRYAN HERNANDEZ DAVILA**  
C.C. 1234090442 de Barranquilla

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**

**Rad:** 255261    **Fecha:** 25/11/2025    **Hora:** 14:26:04

**Asunto:** CUENTA DE COBRO 20251169 PRIMER PAGO

**Anexos:** 10 FOLIOS

**Remite:** BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA

**Destino:** RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha: 20 de noviembre de 2025

Acta de recibo Inicial  X  Parcial   Final

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251169
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	BRYAN HERNANDEZ DAVILA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	\$7.400.000 M/L	RP Número:	253596		
Rubro:	2.1.2.02.02.008	Fuente de Financiación:	Recursos Propios	Centro de Costo:	Vicerrectoria Administrativa y Financiera
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	octubre 29 del 2025	Fecha de finalización:	diciembre 31 del 2025	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	Fecha de suspensión:	N/A	Fecha de reinicio:	N/A	

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 Parcial: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/L (\$3.700.000.00).	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago contrato 20251169

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:
Salud	12.5%		Certificado
Pensión	16%		Certificado
ARL			Certificado

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

CONTRATO		20251169		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	7.400.000	20250105317	22.000	19 noviembre 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**

<b>Interventor(es) o Supervisor (es):</b>	Ángela Victoria Hernández Vergara		
<b>Por parte del contratista:</b>	BRYAN HERNANDEZ DAVILA		
<b>Lugar donde se realiza la reunión</b>	Sede Colsamiro		
<b>Hora de inicio (a.m./p.m.)</b>	2:00pm	<b>Hora de finalización (a.m./p.m.)</b>	2:30pm

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

<b>Actividad /Compromiso</b>	<b>Justificación / Observación</b>
1. Apoyar a la Secretaría General en la gestión contractual de la Institución.	Apoyo en recopilación de documentación para dar respuestas a tutelas
2. Apoyar a la secretaría General en la proyección y revisión de estudios previos y anexos mediante los que se solicite la celebración de contratos en la modalidad de contratación directa.	Apoyo en revisión de actas de Consejo Académico y Directivo Apoyo en redacción y revisión de actos administrativos de asignados por la Secretaria General
3. Apoyar en la publicación de los diferentes procesos y modalidades de contratación en la plataforma de compras públicas SECOP 2 o de la plataforma dispuesta por la legislación colombiana para ello.	Respuesta a consultas realizadas por la Secretaría General
4. Organizar la documentación de las solicitudes de contratación de las diferentes áreas a fin de iniciar el trámite contractual.	Asistencia a reunión realizada el 12 de noviembre en la Sede Granadillo
5. Llevar control de la secuencia de los distintos contratos y sus modalidades, así como de los demás trámites que le sean asignados.	
6. Asistir a las reuniones que	

convoque el supervisor del contrato.  
7. Las demás actividades u obligaciones que le sean asignadas de conformidad al objeto 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: 4,8

**COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN**

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable
Adquiridos en el contrato	30 de noviembre de 2025	BRYAN HERNANDEZ DAVILA

Fecha de la próxima reunión	11	De	diciembre	de	2025
-----------------------------	----	----	-----------	----	------

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20)

veinte	días del mes de	noviembre	de	2025
--------	-----------------	-----------	----	------

**ÁNGELA VICTORIA HERNÁNDEZ VERGARA**  
Supervisor o Interventor

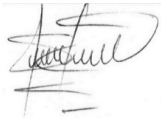
**BRYAN HERNANDEZ DAVILA**  
Contratista

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1234090442**, se encuentra afiliado/a desde **12/02/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de octubre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**EPS**



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1234090442** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1234090442
NOMBRES Y APELLIDOS	BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	05/07/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	432
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 18/11/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

[epssura.com](http://epssura.com)

Medellín, 18 de noviembre de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1234090442 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 15/11/2025

**Fecha fin cobertura:** 31/12/2025

<p><b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b></p> <p><b>INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB N802011065</b></p> <p><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b> 1854301 - EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS, INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O ESCUELAS TECNOLÓGICAS LAS FACULTADAS PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONES O DISCIPLINAS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN HASTA EL NIVEL DE FORMACIÓN MAESTRÍA; INCLUYE LA ENSEÑANZA QUE OFRECE FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA DE UNA PROFESIÓN Y UNA AMPLIA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN, EL DISEÑO Y LA GESTIÓN.</p> <p><b>CLASE DE RIESGO:</b> 1    <b>PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:</b> 0.522%</p> <p><b>CENTRO DE TRABAJO:</b> 0000000001 - PRINCIPAL ATLANTICO</p> <p><b>CLASE:</b> 1    <b>PORCENTAJE:</b> 0.522%    <b>TIPO COTIZANTE:</b> INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES</p> <p><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:</b> 1854301 - EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS, INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O ESCUELAS TECNOLÓGICAS LAS FACULTADAS PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONES O DISCIPLINAS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN HASTA EL NIVEL DE FORMACIÓN MAESTRÍA; INCLUYE LA ENSEÑANZA QUE OFRECE FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA DE UNA PROFESIÓN Y UNA AMPLIA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN, EL DISEÑO Y LA GESTIÓN.</p>
--

<p><b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b></p> <p><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b> 1854301 - EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS, INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O ESCUELAS TECNOLÓGICAS LAS FACULTADAS PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONES O DISCIPLINAS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN HASTA EL NIVEL DE FORMACIÓN MAESTRÍA; INCLUYE LA ENSEÑANZA QUE OFRECE FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA DE UNA PROFESIÓN Y UNA AMPLIA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN, EL DISEÑO Y LA GESTIÓN.</p> <p><b>CODIGO DE ACTIVIDAD:</b> 1854301</p> <p><b>CLASE DE RIESGO:</b> 1    <b>PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:</b> 0.522%</p>
---

**Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0.522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10424279932532238407

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

18/11/2025 10.40 AM



Martes, 18 de Noviembre de 2025

[Regresar Menú Rentas](#) | [Nueva Búsqueda](#)

### Datos Básicos del Recibo de Pago

**No. Documento:** 20250105317

**Fecha Emisión:** 18/11/2025

**Identificación:** 1234090442

**Declarante:** BRYAN ABELARDO HERNANDEZ AVILA

**Vigencia:** 2025

**Periodo Liquidación:** 1

**Impuesto:** ESTAMPILLA ITSA

**Acto:** ESTAMPILLA ITSA

**Base Gravable:** \$ 7.400.000

**Fecha Pago:** 18/11/2025

**Monto Pagado:** \$ 22.000

**Banco Recaudador:** BANCO DE OCCIDENTE

**No. de Soporte:** 20251169, CONTRATO SECOP: 20251169

**Asociada Entidad:** INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

**Estado:** VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**  
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 8742032549 , con fecha de apertura 11 de Julio de 2019 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.234.090.442

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 18 días del mes de Noviembre de 2025 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

**Scotiabank Colpatria S.A.**

[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)

 Scotiabank  COLPATRIA

## FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, octubre 29 del 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  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 a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI  NO

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

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

**NOTA:** Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



---

BRYAN HERNANDEZ DAVILA  
C.C. 1234090442 Barranquilla - Atlántico