INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

MAURICIO JAVIER ANGULO MASSÓN

CC: 1.140.864.102

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTIUN PESOS M/L ($2.625.021)

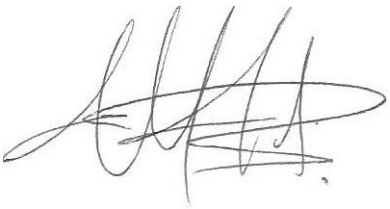
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.

PERIODO A CANCELAR: PRIMER PAGO CONTRATO 20251233

No. Contrato: 20251233 **No. CDP.** 251008 No**. RP.** 253819

No. CUENTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de ahorro 027070113827 banco *Davivienda.*

Barranquilla, 28 de noviembre de 2025.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255521 **Fecha:** 05/12/2025 **Hora:** 06:57:41
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251233 PRIMER PAGO
Anexos: 9
Remite: MAURICIO JAVIER ANGULO MASSON
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

MAURICIO JAVIER ANGULO MASSÓN
C.C 1.140.864.102 de Barranquilla
Celular 3024576926
Correo:javero0927@hotmail.com

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

Fecha:	28	de	noviembre	de	2025

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251233
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	MAURICIO JAVIER ANGULO MASSÓN
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$** 6.912.555.			**RP Número:**	253819
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	VICERRECTORÍA ACADEMICA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	04/11/2025		**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:	NA
Tipo de contrato:	NA
Nombre de Contratista:	NA
Objeto del contrato: NA	

Valor del adicional contrato:	**$NA**	**Valor Total Del Contrato**	**$NA**	**RP Número:**	**NA**
Rubro:	**NA**	**Fuente de Financiación:**	**NA**	**Centro de Costo:**	**NA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**NA**		**Fecha de finalización:**	**NA**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**NA**		**Fecha de reinicio:**	**NA**

INFORMACIÓN DEL PAGO

Valor a Pagar: DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTIUN PESOS M/L ($2.625.021)	
Periodo al que corresponde el pago:	**PRIMER PAGO DEL CONTRATO 20251233**

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

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$ 180.600	OCTUBRE
Pensión	**16%**	$ 231.100	OCTUBRE
ARL		$ 7.700	OCTUBRE

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

CONTRATO		**202501233**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$6.912.555	**20250103671**	**$21.000**	**12/11/2025**
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 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):	BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ		
Por parte del contratista:	MAURICIO JAVIER ANGULO MASSON		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA DE BIENESTAR INSTITUCIONAL**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	8:00 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 la interpretación de la lengua de señas al castellano oral y/o viceversa durante el desarrollo del cuatrimestre del programa de formación	Se brindó el apoyo mediante el servicio de interpretación de la lengua de señas al castellano oral y/o viceversa durante el desarrollo del cuatrimestre del programa de formación.
2. Apoyar a los docentes de la institución, en la estandarización de la información en el lenguaje de señas correspondiente al programa de formación.	Se brindó el apoyo a los docentes de la institución, en la estandarización de la información en el lenguaje de señas correspondiente al programa de formación.
3. Acompañar a los docentes y estudiante durante el todo el desarrollo de su proceso de formación.	Se le brindo el acompañamiento a los docentes y estudiante durante todo el desarrollo de su proceso de formación.
4. Apoyar en la preparación de las actividades de interpretación, a fin de optimizar el resultado de la comunicación, los temas a tratar en clases, textos, videos y otros apoyos pedagógicos.	Se brindó el apoyo en la preparación de las actividades de interpretación, a fin de optimizar el resultado de la comunicación, los temas a tratar en clases, textos, videos y otros apoyos pedagógicos.
5. Apoyar y participar en las actividades y jornadas culturales, sociales, deportivas y extracurriculares, para facilitar la comunicación	Se brindó el apoyo y participar en las actividades y jornadas culturales, sociales, deportivas y extracurriculares, para
6. Apoyar al estudiante en el proceso de comunicación con la comunidad educativa	Se brindó el Apoyo al estudiante en el proceso de comunicación con la comunidad educativa. Se prestó apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.
7. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.	Se brindó el apoyo en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.
8. 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. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se mantuvo la información confidencial entregada en estricta reserva y no se revelo ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.

9. 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.
10. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato	Se realizó el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato para quedar al día.
11. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo con modelo suministrado	Se presentó informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignan las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objetivo contractual de acuerdo a modelos suministrado.
12. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo	Se realizó la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.

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	**01**	**De**	**diciembre**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (28) días del mes de noviembre.				
veintiocho	días del mes de	noviembre	de	2025

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

Mauricio Javier Angulo Massón
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 1140864102		ANGULO MASSON MAURICIO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 32 N61 13A	SABANAGRANDE-ATLANTICO	3024576926	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	1962790331	9493334580	I	2025/11/05	2025/11/28	BANCO DAVIVIENDA	23	$419,400

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: SABANAGRANDE Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1140864102	ANGULO MAURICIO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

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 1140864102		ANGULO MASSON MAURICIO JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 32 N61 13A	SABANAGRANDE-ATLANTICO	3024576926	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	1962790331	9493334580	I	2025/11/05	2025/11/28	BANCO DAVIVIENDA	23	$419,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$3,300	$0	$231,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$3,300	$0	$231,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$200	$0	$7,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$7,500	$200	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$2,600	$0	$180,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$2,600	$0	$180,600
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$6,100**	**$0**	**$419,400**



Jueves, 13 de Noviembre de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250103671**
Fecha Emisión:	12/11/2025
Identificación:	1140864102
Declarante:	MAURICIO JAVIER ANGULO MASSON
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 6.912.555
Fecha Pago:	12/11/2025
Monto Pagado:	$ 21.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251233, CONTRATO SECOP: CO1.SLCNTR.16059103
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SABANAGRANDE, **29/11/2025**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MAURICIO JAVIER ANGULO MASSON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1140864102**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**027070113827**
Fecha de apertura	**28/04/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 4 de noviembre de 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 [ ] 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



Mauricio Javier Angulo Massón
C.C. No 1.140.864.102