INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

NIT. 802.011.065-5

DEBE A

RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ

CC 1002210847

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS ($3.256.787).

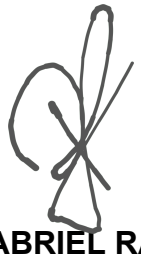
PERIODO PARA CANCELAR: Primer pago contrato **20251355**

OBJETO DEL CONTRATO: prestación de servicios de apoyo a la gestión en la institución universitaria de barranquilla – IUB

No. Contrato. 20251355.
No. CDP. 251059
No. RP. 254000

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: 55143042 AHORROS NU

Soledad, 25 de noviembre del 2025.



RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ
C.C. 1002210847 de Soledad
3502231156
ruthgabrielramirezlopez@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255437 **Fecha:** 02/12/2025 **Hora:** 10:55:21
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251355 PRIMER PAGO
Anexos: 12 FOLIOS
Remite: RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha:	**25**	**De**	**Noviembre**	**De**	**2025**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251355
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ
Objeto del contrato: Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión En La Institución Universitaria De Barranquilla - IUB	

Valor del contrato:	**$6.513.574**			**RP Número:**	**254000**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**14.nov.2025**		**Fecha de finalización:**	**31.dic.2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

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:	N/A	**Valor Total Del Contrato**	N/A	**RP Número:**	N/A
Rubro:	N/A	**Fuente de Financiación:**	N/A	**Centro de Costo:**	N/A
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	N/A		**Fecha de finalización:**	N/A

Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A	**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: tres millones doscientos cincuenta y seis mil setecientos ochenta y siete pesos (3.256.787)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago contrato 20251355

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%	certificación	**certificación**
Pensión	16,0%	certificación	**certificación**
ARL	0,522%	certificación	**certificación**

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

CONTRATO		**20251355**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	$6.513.574	20250108941	20.000	25/11/2025
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				
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):	MARÍA JOSE OSPINA FIGUEROA		
Por parte del contratista:	RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ		
Lugar donde se realiza la reunión	**Vicerrectoría Administrativa y Financiera**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 a.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	10:30 a.m.

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
Realizar análisis financiero para evaluar la factibilidad de planes y proyectos, de acuerdo con las necesidades institucionales.	Se Realizaron análisis financieros evaluando la viabilidad de planes y proyectos, de acuerdo con las necesidades de institucionales.
Preparar informes y seguimientos para evaluar los resultados obtenidos en los proyectos especiales asignados a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Se Elabora informes y seguimientos para evaluar los resultados alcanzados en los proyectos especiales asignados a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
Recopilar y revisar información financiera con el fin de validar el cumplimiento de los objetivos institucionales establecidos por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Análisis de datos financieros con el propósito de validar los logros de los objetivos institucionales definidos por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera. Presupuesto, costos por programa.

Generar y presentar alternativas y recomendaciones para impulsar la reducción de gastos y costos, fortaleciendo así los resultados económicos de los proyectos institucionales.	Creación y presentación de alternativas y recomendaciones que fomenten la reducción de gastos y costos y fortalezcan los resultados económicos en los proyectos de la institución.
Crear modelos financieros y realizar comparaciones y análisis de procesos para identificar oportunidades que puedan mejorar la eficiencia económica de la institución.	Desarrollo de modelos financieros, llevar a cabo comparativas y análisis de procesos, con el propósito de identificar oportunidades que permitan optimizar la eficiencia económica de la institución.
Asistir a las reuniones que convoque al supervisor del contrato.	Asistencia a las reuniones que convoque al supervisor del contrato.
Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.	Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.
Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.
Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.	Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.
Encontrarse al día de pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Encontrarse al día de pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución 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:

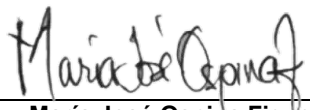
OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					X
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					X
Cumplimiento de la entrega					X
Atención al cliente por parte del contratista					X

Calificación proveedor o contratista: 5.0

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

Fecha de la próxima reunión	**12**	**De**	**Diciembre**	**De**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (25)				
Veinticinco (25)	días del mes de	Noviembre	de	2025



María José Ospina Figueroa
Supervisor o interventor



Ruth Gabriel Ramirez López
Contratista

EPS

sura

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 **RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1002210847** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1002210847
NOMBRES Y APELLIDOS	RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ
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	23/10/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	477
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **25/11/2025**

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.210.847**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 19 de enero de 2023.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

ARL

Medellin, 25 de noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ** con documento de identidad **C1002210847**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB** con NIT **N802011065**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación							
Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-11-21	2025-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL ATLANTICO	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



MiÃ©rcoles, 26 de Noviembre de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250108941**
Fecha Emisión:	25/11/2025
Identificación:	1002210847
Declarante:	RUTH GABRIEL RAMIREZ LOPEZ
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 6.513.574
Fecha Pago:	25/11/2025
Monto Pagado:	$ 20.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251355, CONTRATO SECOP: 20251355
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141217067879

(415)7707212489984(8020) **000014121706787 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 2 1 0 8 4 7	0	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 2 2 1 0 8 4 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	LOPEZ	RUTH	GABRIEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

41. Dirección principal: CR 35 # 26 - 21

42. Correo electrónico: ruthgabrielramirezlopez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 5 0 2 2 3 1 1 5 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 2 1 0 1 0 4	8 2 1 1	2 0 2 5 1 1 0 4			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ LOPEZ RUTH GABRIEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



Certificado para recibir el pago de tu nómina en Nu

Este documento incluye todos los datos para que el titular reciba el pago de su nómina en la Cuenta Nu, **Este certificado es proporcionado por un establecimiento de crédito vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia: Nu Compañía de Financiamiento S.A.**

Datos del titular

- **Nombre:** Ruth Gabriel Ramírez Lopez
- **Identificación (Tipo - Número):** CC-1002210847

Datos de la cuenta de ahorros

- **Número:** 55143042
- **Estado:** Activa

Datos de Nu:

- **Código ACH:** Si se requieren 4 dígitos, utiliza **1809**. Si se requieren 3 dígitos, utiliza **809.**
- **RUT**: Enlace a documento
    - **Razón social:** Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.
    - **Sigla:** Nu ó Nu Financiera
    - **NIT:** 901658107 2
    - **Tipo de contribuyente:** Persona Jurídica
    - **País:** Colombia
    - **Ciudad/Municipio**: Bogotá D.C.
    - **Dirección:** Cr 11 79 66 Ed SPACES 80 once P 2
    - **Correo electrónico:** oficiosautoridades@nu.com.co
    - **Actividad económica:**
      Código: 6422

Datos de existencia y representación legal

- **Autorización de funcionamiento:** Resolución S.F.C. 2324 del 28 de diciembre de 2023
- **Representación legal:** Enlace a documento

Esta certificación fue expedida el 26 de octubre de 2025 a solicitud del titular.
Nu garantiza que la información proporcionada es auténtica y se utiliza correctamente según las normas establecidas para la Cuenta de Ahorros Nu.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 14 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUCION 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 [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.

_____

Ruth Gabriel Ramírez López
C.C. 1.002.210.847 Soledad – Atlántico