INSTITUCIÒN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
C.C.1.143.353.345 de Cartagena

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Nueve Millones de Pesos Moneda Legal M/L ($ 9.000.000)

PERIODO DEL CONTRATO: Primer pago contrato 20251196

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB.

NÚMERO DEL CONTRATO: 20251196

NÚMERO DEL CDP: 250972

NÚMERO DEL RP: 254288

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: Bancolombia ahorros 78425744681

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Barranquilla, 5 de Diciembre de 2025.

1.143353345

VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
C.C. 1.143.353.345 Cartagena

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255824 **Fecha:** 16/12/2025 **Hora:** 13:23:39
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251196 PRIMER PAGO
Anexos: 15 FOLIOS
Remite: VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

CEL +57 3167458598 correo:v2306911@gmail.com

Fecha:	**5**	**de**	**Diciembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _x_ Parcial ___Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251196
Tipo de contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$18.000.000**			**RP Número:**	**254288**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**VICERRECTORIA ADMINSTRATIVA Y FINANCIERA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**28/11/2025**		**Fecha de finalización:**	**31/12/2025**
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: Nueve Millones de pesos moneda legal ($9.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato** 20251196

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%**	$302.900	OCTUBRE
Pensión	**16%**	$387.700	OCTUBRE
ARL		$12.800	OCTUBRE

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

CONTRATO		20251196		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 18.000.000**	**20250117088**	**$ 54.000**	**9/12/2025**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$ 18.000.000**	**20250117109**	**$ 450.000**	**9/12/2025**
Estampilla Pro Cultura	**$18.000.000**	**20250117094**	**$ 90.000**	**9/12/2025**
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):	WENDY VILLARREAL ESPRIELLA		
Por parte del contratista:	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA ASESORA DE PLANEACION**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10 AM**

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
1. Realizar seguimiento de las actividades académicas y administrativas del desarrollo del proyecto IUB a tu territorio (Jóvenes para el mundo) en la sede asignada.	Realizo seguimiento de las actividades académicas y administrativas del desarrollo del proyecto IUB a tu territorio (jóvenes para el mundo) en la sede asignada
2.Apoyar en la atención y orientación al usuario y suministrar información que le sea solicitada de conformidad con los procedimientos y lineamientos establecidos en el proceso	Apoyo en la atención y orientación al usuario sumistrando información que le sea solicitada de conformidad con los procedimientos y lineamientos establecidos en el proceso

4.Apoyar en la identificación de las necesidades de los recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto	Apoyo en la identificación de las necesidades de los recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto
5.Apoyar en la recepción, revisión, clasificación, distribución y control de documentos, datos y correspondencia relacionados con el proyecto.	Apoyo en la recepción, revisión,clasificación,distribución y control de documentos, datos y correspondencia relacionados con el proyecto.
6. Prestar apoyo en la realización de informes estadísticos solicitados en el desarrollo de las actividades administrativas en el proyecto asignado	Presto apoyo en la realización de informes estadísticos solicitados en el desarrollo de las actividades administrativas en el proyecto asignado
7. Apoyar en la realización de informes de seguimiento del proyecto asignado, consolidando toda la información pertinente que dé respuesta al cumplimiento de las obligaciones por parte de la institución	Apoyo en la realización de informes de seguimiento del proyecto asignado, consolidando toda la información pertinente que dé respuesta al cumplimiento de las obligaciones por parte de la institución.
8. Apoyar en la revisión y el seguimiento de los diferentes tramite administrativos requeridos en los procesos de contrataciones o adquisiciones correspondientes al proyecto asignado	Apoyo en la revisión y seguimiento de los diferentes tramites administrativos requeridos en los procesos de contrataciones o adquisidores correspondientes al proyecto.

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 (5)				
CINCO	días del mes de	DICIEMBRE	de	2025

WENDY VILLARREAL ESPRIELLA
Supervisor

1. 143 353 345

VANESSA MORENO CONTRERAS
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 28 Noviembre 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 [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:

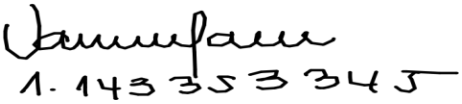
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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:



1. 143 353 345

VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
C.C. 1.143.353.345 de Cartagena

Certificado
Bancario

Lunes, 21 de Julio de 2025

Señores
universidad de la costa de Barranquilla

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS identificado(a) con CC 1143353345, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78425744681	2021/09/03	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

INFORME SEGUIMIENTO

Contratista : Vanessa Moreno Contreras

A continuación, relaciono las actividades realizadas en la institución:

1. Se brindo apoyo en la preparación del inicio de actividades académicas del proyecto IUB A TU TERRITORIO entre las actividades se encuentran: calendario de clases, horario de clases, comunicación con las partes interesadas, inducciones estudiantes, consolidado de matrícula de los estudiantes por programa y otros relacionados.

2. Se realiza seguimiento diario de las instalaciones del colegio en cuanto a los salones donde dictan las clases los docentes entre ellos salas de informática, laboratorios y auditorios.

3. Se realizo seguimiento académico y acompañamiento diario de los estudiantes, personal docente entre otros para su permanencia y continuidad. en la sede que se le asigne donde se desarrollen las formaciones desde tiempo antes del inicio de las clases hasta la posterior finalización de estas, previo a las inspecciones correspondientes.

4. Se toma control diario de la asistencia estudiantes y docentes al inicio de clases, constante revisión a la proyección académica para estar al tanto de las asignaciones de los docentes.

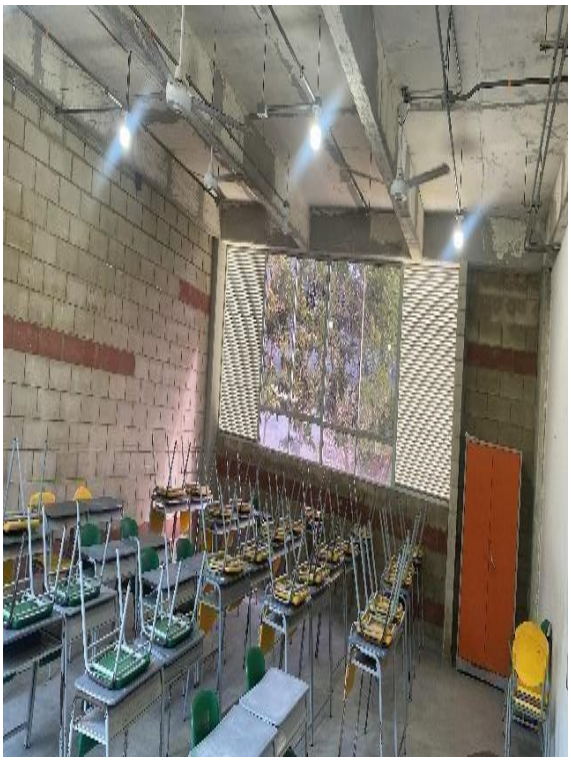
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





Evidencias Fotográficas:







MiÃ©rcoles, 10 de Diciembre de 2025

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250117109**
Fecha Emisión:	09/12/2025
Identificación:	1143353345
Declarante:	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD)
Acto:	ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD)
Base Gravable:	$ 18.000.000
Fecha Pago:	09/12/2025
Monto Pagado:	$ 450.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20251196, CONTRATO SECOP: 20251196
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ©rcoles, 10 de Diciembre de 2025

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250117094**
Fecha Emisión:	09/12/2025
Identificación:	1143353345
Declarante:	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	IMPUESTO ESTAMPILLA PROCULTURA
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA
Base Gravable:	$ 18.000.000
Fecha Pago:	09/12/2025
Monto Pagado:	$ 90.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20251196, CONTRATO SECOP: 20251196
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ©rcoles, 10 de Diciembre de 2025

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250117088**
Fecha Emisión:	09/12/2025
Identificación:	1143353345
Declarante:	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 18.000.000
Fecha Pago:	09/12/2025
Monto Pagado:	$ 54.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251196, CONTRATO SECOP: 20251196
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143353345	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS	Calle 66 No 50-68	3024613806	v2306911@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	28/11/2025	91828224	$703.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	300.000	0		0		0	15	2.900	0	302.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	15	3.700	0	387.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	12.600				12.600	15	200	12.800			126	12.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	302.900
Pensión	1	384.000	387.700
Riesgos Laborales	1	12.600	12.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	696.600	703.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143353345	VANESSA DEL CARMEN MORENO CONTRERAS		Calle 66 No 50-68	3024613806	v2306911@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	28/11/2025	91828224	$703.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1143353345	MORENO CONTRERAS VANESSA DEL CARMEN	57	0			N																	230301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS010	2.400.000	300.000	14-11	2.400.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información