

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO

C.C 1106896601

VALOR DEL PAGO: ocho millones trescientos sesenta y nueve mil seis cientos dieciocho (\$8.379.618).


PERIODO A CANCELAR: **PRIMER PAGO** CONTRATO 20251357

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA.

No. Contrato: 20251357 **No. CDP.** 251007 **No. RP.** 25440

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorro 500804713990 Banco Popular.

Barranquilla, 15 de diciembre de 2025



TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO
C.C 1106896601 de Melgar/Tolima.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Rad: 256367 **Fecha:** 21/12/2025 **Hora:** 09:44:52

Asunto: CUENTA DE COBRO 20251357 PRIMER PAGO

Anexos: 10 FOLIOS

Remite: TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO

Destino: MARIANA ANDREA PEREZ ROMERO

Fecha: 15 de diciembre de 2025

Acta de recibo **Inicial** **Parcial** **Final**

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251357
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	Tarin Adriana Castilla Niño
Objeto del contrato: PRESTACION DE SERVIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA	

Valor del contrato:	\$ 8.379.618	RP Número:	254400		
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	Fuente de Financiación:	RECURSOS DE LA NACION	Centro de Costo:	Vicerrectoría administrativa y financiera
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	04-12-2025	Fecha de finalización:	19-12-2025	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	Fecha de suspensión:	N/A	Fecha de reinicio:	N/A	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	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: \$ 8.379.618

Periodo al que corresponde el pago:

Primer pago del contrato 20251357

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%	\$255,000	DICIEMBRE
Pensión	16%	\$326,400	DICIEMBRE
ARL	2,436%	\$49.700	DICIEMBRE

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

CONTRATO		20251357		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	\$ 8.379.618	20250119451	25.000	12-12-2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	\$ 8.379.618	20250119466	209.000	12-12-2025
Estampilla Pro Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

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:	TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO		
Lugar donde se realiza la reunión	OFICINA DE BIENESTAR		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00am	Hora de finalización (a.m./p.m.)	11:00am

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyo en la planeación, desarrollo y ejecución de las asesorías psicológicas a efectuar sobre la comunidad institucional.	Se brindó acompañamiento continuo en las asesorías psicológicas, participando en la planificación de las sesiones, el seguimiento de casos y la retroalimentación a los estudiantes, docentes y personal administrativo que lo requirió.
2. Diseñar y desarrollar los talleres y actividades en las diferentes dimensiones del ser	Se diseñaron talleres enfocados en el desarrollo emocional y social de la comunidad estudiantil, promoviendo la participación activa y el bienestar integral.
3. Apoyo en la planeación, desarrollo y ejecución del programa de inclusión IUB PARA TODOS.	Se participó activamente en la ejecución del programa, promoviendo acciones inclusivas, seguimiento a casos y participación en comités institucionales relacionados con la inclusión educativa.
4. Diseño de estrategias de aprendizaje para los estudiantes con diagnósticos y necesidades educativas especiales.	Se elaboraron estrategias pedagógicas adaptadas a los estilos de aprendizaje y condiciones particulares de los estudiantes,

	facilitando procesos educativos más equitativos y personalizados.
5. Realizar informes estadísticos sobre las actividades realizadas en la línea de acción de Desarrollo Humano y Bienestar Laboral en el periodo académico.	Se elaboraron informes con análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades ejecutadas, permitiendo una visión integral del impacto generado.
6. Realizar actividades de retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente.	Realicé el cargué mensual de la información en el sistema institucional, asegurando la actualización oportuna y veraz de los registros sobre la atención prestada.
7. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Desarrollo Humano y Bienestar Laboral.	Se aplicaron las encuestas de satisfacción al finalizar cada actividad, evaluando las respuestas y analizando los resultados para medir el impacto.
8. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.	Participé activamente en eventos, jornadas y campañas lideradas por Bienestar Institucional, brindando apoyo logístico, técnico y profesional según las necesidades de cada actividad.
9. 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.	He mantenido la confidencialidad de todos los datos e información manejada durante el desarrollo del contrato, cumpliendo con los principios éticos y legales establecidos por la institución.
10. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Asistí puntualmente a todas las reuniones convocadas por el supervisor, presentando avances, resolviendo inquietudes y concertando ajustes necesarios para el desarrollo eficiente de las actividades.
11. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno en la Institución Universitaria de Barranquilla de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.	Acaté y apliqué los lineamientos de los sistemas de gestión institucionales, participando en las actividades de formación y cumpliendo con las disposiciones normativas relacionadas con la calidad, seguridad y control interno.
12. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Me mantuve al día en el pago de los aportes a salud, pensión y riesgos laborales, cumpliendo con los requisitos legales exigidos para la contratación.
13. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo a modelo suministrado.	Entregué de forma oportuna los informes mensuales, siguiendo el formato institucional y detallando las actividades ejecutadas, logros alcanzados y observaciones relevantes para el seguimiento del contrato.
14. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.	Cumplí con el proceso de legalización del contrato dentro del plazo establecido, entregando la documentación requerida y garantizando el inicio formal de las actividades.

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



INFORME DE SEGUIMIENTO DE
INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE
PROVEEDOR O CONTRATISTA

FR-JUR-02-V13
Vigencia: 15/12/2022
Pág. 5 de 5

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

Fecha de la próxima reunión



De



Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (15) días del mes de diciembre

15	días del mes de	diciembre	de	2025
----	-----------------	-----------	----	------

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO
Contratista



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 1106896601		CASTILLA NIÑO TARIN ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 9A 19D 66	VALLEDUPAR-CESAR	3008893700	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	1947536913	9495121541	I	2026/01/05	2025/11/24	NEQUI	0	\$631,100

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)						\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)						\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0
1	CC	1106896601	CASTILLA TARIN	230301	30	\$2,040,000	\$326,400	EPS037	30	\$2,040,000	\$255,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$2,040,000	\$49,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0



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 1106896601		CASTILLA NIÑO TARIN ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 9A 19D 66	VALLEDUPAR-CESAR	3008893700	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	1947536913	9495121541	I	2026/01/05	2025/11/24	NEQUI	0	\$631,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$326,400	\$0	\$0	\$326,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$326,400	\$0	\$0	\$326,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,000	\$0	\$0	\$255,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$255,000	\$0	\$0	\$255,000
TOTAL				1	\$631,100	\$0	\$0	\$631,100

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250119451

Fecha Emisión: 12/12/2025

Identificación: 1106896601

Declarante: TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO

Vigencia: 2025

Periodo Liquidación: 1

Impuesto: ESTAMPILLA ITSA

Acto: ESTAMPILLA ITSA

Base Gravable: \$ 8.379.618

Fecha Pago: 12/12/2025

Monto Pagado: \$ 25.000

Banco Recaudador: BANCO DE OCCIDENTE

No. de Soporte: 20251357, CONTRATO SECOP: 20251357

Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Estado: VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250119466
Fecha Emisión: 12/12/2025
Identificación: 1106896601
Declarante: TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO
Vigencia: 2025
Periodo Liquidación: 1
Impuesto: IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD)
Acto: ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD)
Base Gravable: \$ 8.379.618
Fecha Pago: 12/12/2025
Monto Pagado: \$ 209.000
Banco Recaudador: BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte: 20251357, CONTRATO SECOP: 20251357
Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado: VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO

Banco Popular

Certifica

Que Tarin Adriana Castilla Niño, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. 1106896601 es titular de la -Cuenta-Ahorros Nro. 500804713990 y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese a los 25 días del mes de noviembre del año 2025.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá 743 46 46 | Línea Nacional 01 8000 184646



/BancoPopular




@Bco_Popular



@bcopopular

 Fogafin

 AVAL

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 05 de Diciembre del 2025

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE 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 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.



TARIN ADRIANA CASTILLA NIÑO
C.C 1106896601 de Melgar/Tolima.