INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

Emanuel Eliezer Berrio Navas

VALOR DEL PAGO MENSUAL: MILLÓN QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS
M/L($1.532.800)

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

PERIODO: PRIMER PAGO DEL CONTRATO **20260339**

No. Contrato: 20260339 **No. CDP:** 260311 **No. RP:** 260647

No. CTA PARA A CONSIGNAR:
Cuenta de Ahorros 0550 4884 5146 4736 Banco Davivienda

Barranquilla, 2 de febrero de 2026

Emanuel Berrio

_____

Emanuel Elizer Berrio navas
C.C.: 1001819654 de Barranquilla
Celular: 3185392583
Correo: Emanuelberrio101@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026020408 **Fecha:** 12/02/2026 **Hora:** 10:21:48
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260339 PRIMER PAGO
Anexos: 11 FOLIOS
Remite: EMANUEL ELIEZER BERRIO NAVAS
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.

Fecha:	**30**	**de**	**enero**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	**20260339**
Tipo de contrato:	Contratación Directa
Nombre de Contratista:	Emanuel Eliezer Berrio Navas
Objeto del contrato: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**13.028.800**			**RP Número:**	**260647**
Rubro:	2. 1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**PRESTACION DE SERVICIOS**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	29/01/2026		**Fecha de finalización:**	31/05/2026
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

***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: VALOR DEL PAGO MENSUAL: MILLÓN QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/L($1.532.800)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer Pago de contrato **20260339**

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%**	$ certificado de afiliacion	
Pensión	**16%**	$ certificado de afiliacion	
ARL		$ certificado de afiliacion	

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

CONTRATO		**20260339**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**13.028.800**	**20260018499**	**39.000**	**30/01/2026**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte				

***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.

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			
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 Villareal Esperilla		
Por parte del contratista:	Emanuel Eliezer Berrio Navas		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina asesora de planeación		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	10:00am

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar en la preparación del inicio de actividades académicas del proyecto IUB A TU TERRITORIO (jóvenes para el mundo), 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.	Se brindó la guía a los nuevos estudiantes con la guía de salones, docentes asignados a las actividades diarias de manera satisfactoria con la inducción de las clases, brindando información a los grupos de estudiantes de los docentes asignados logrando alcanzar la sostenibilidad del proyecto
Apoyar en el proceso de matrícula académica a estudiantes, asignación académica entre otras actividades propias del proceso.	Resolviendo las dudas a los nuevos a conocer las aulas, sus horarios y llevando a cabo el compromiso de firmar actas y pagar seguros. Armar listados teniendo encuentran los admitidos.

***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.

Realizar 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	Se realiza seguimiento diariamente a los docentes vía wpp para confirmación de asistencia horas antes de su traslado al plantel educativo. Con los estudiantes realizo seguimiento diario con la asistencia durante las clases y estar al pendiente de cual novedad de excusas etc.
Asistir a las reuniones convocadas por el líder del proyecto, líder del proceso de proyectos especiales o supervisor del contrato.	Hemos asistido dando cumplimiento a lo establecido en el marco del convenio interadministrativo a la reunión bimensual. Donde se fijaron puntos de acciones como: envió de oficios sobre las necesidades de iluminación y limpieza en el área de clases. Se coordinó por parte de la alcaldía durante la jornada escolar para garantizar la laminación de la sede.
Velar por el cumplimiento del reglamento estudiantil de la Institución Universitaria de Barranquilla para efectos de los compromisos, obligaciones y derechos de los estudiantes entre otros componentes desarrollados, en el marco del proyecto IUB A TU TERRITORIO (jóvenes para el mundo)	Este espacio de manera particular e importante nos vinculamos con los estudiantes y docentes llevando de manera acorde los procesos de calidad y fortalecimiento institucional.
Llevar un registro de seguimiento diario de asistencia de docentes que desarrollen clases en las sedes correspondientes y del coordinador por parte de la alcaldía municipal.	Manejo un formato impreso donde llevamos el control diario de las asistencias, hora de entrada y salida de los docentes, tema desarrollado de igual manera retroalimentamos un Excel con la asistencia de los estudiantes, formato de la infraestructura.
Realizar una inspección diaria del inventario de las sedes que le corresponda, al inicio y al final del del desarrollo de las clases llevando un registro de estas	Manejo un formato de infraestructura llevando control diario de cómo se encuentra la sede y como queda al momento de finalizar la jornada escolar cualquier cambio por personal externo

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**

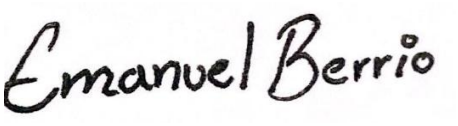
***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.

Fecha de la próxima reunión	**19**	**De**	**Febrero**	**de**	**2026**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (02)				
Dos (02)	días del mes de	Febrero	de	2026



WENDY VILLARREAL ESPRIELLA
Supervisor o Interventor



Emanuel Eliezer Berrio Navas
Contratista

***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 29 de enero del 2026

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 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



Emanuel Eliezer Berrio Navas
C.C 1001819654 de Barranquilla

***Este documento está clasificado como PUBLICO por TELEFÓNICA.
***This document is classified as PUBLIC by TELEFÓNICA.



MiÃ©rcoles, 4 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20260018499**
Fecha Emisión:	30/01/2026
Identificación:	1001819654
Declarante:	EMANUEL
Vigencia:	2026
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 13.028.800
Fecha Pago:	30/01/2026
Monto Pagado:	$ 39.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20260339, CONTRATO SECOP: 20260339
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Emanuel Eliezer Berrio Navas, identificado(a) con CC número 1001819654, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001819654
NOMBRES Y APELLIDOS	Emanuel Eliezer Berrio Navas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/09/2003
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	111 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	28/01/2026
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1001819654 Trabajador Independiente
Desde 28/01/2026 - Vigente

Generado por interfaces 03/02/2026

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERRIO NAVAS EMANUEL ELIEZER** identificado(a) con **CC** número **1.001.819.654** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de septiembre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Medellín, 04 de febrero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que EMANUEL BERRIO NAVAS identificado(a) con C1001819654 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10018196542603552552

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **03/02/2026**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EMANUEL BERRIO NAVAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1001819654**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488451464736**
Fecha de apertura	**14/03/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA