INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

NIT. 802.011.065-5

DEBE A:

NÉSTOR VIRGILIO HOYOS PULIDO

VALOR DEL PAGO MENSUAL: $668.216 (SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISÉIS PESOS M/L)

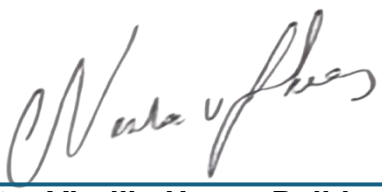
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB

PERIODO: Primer pago Contrato 20260521

No. Contrato: 20260521 **No. CDP: 260445** **No. RP: 260536**

No. CTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de ahorro N° **0260 0079 4581** de BANCO DAVIVIENDA

Lugar de Ejecución: BARRANQUILLA, 02 de febrero del 2026



Néstor Virgilio Hoyos Pulido
72.210.513 de Barranquilla
nestorhoyos1974@gmail.com
cel: 3013769231

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026020414 **Fecha:** 12/02/2026 **Hora:** 10:48:12
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260521 PRIMER PAGO
Anexos: 10 FOLIOS
Remite: NESTOR VIRGILIO HOYOS PULIDO
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	02	de	Febrero	de	2026

Acta de recibo Inicial _x_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260521
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	Néstor Virgilio Hoyos Pulido
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$ 14.867.808**			**RP Número:**	**260536**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**Prestación de Servicios**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**28-01-2026**		**Fecha de finalización:**	**31-05-2026**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

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 Inicial: 668.216 Seiscientos sesenta y ocho mil doscientos dieciséis	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer Pago Contrato 20260521**

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%**	Certificado	Certificado
Pensión	**16%**	Certificado	Certificado
ARL	**0.522%**	Certificado	Certificado

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

CONTRATO		**20260521**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 14.867.808**	**20260023310**	**$45.000**	**04/02/2026**
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 1 y 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):	Iván Alberto Marquez Diaz		
Por parte del contratista:	Néstor Virgilio Hoyos Pulido		
Lugar donde se realiza la reunión	**Institución Universitaria de Barranquilla**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	11:00 AM

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Brindar atención de los procesos y servicios académicos a los estudiantes de los diferentes niveles propedéuticos (Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario) relacionado a la información y trámites solicitados del proyecto IUB al Territorio / IUB al Barrio en todas las facultades en la cual se desarrollan las actividades	Brindar atención de los procesos y servicios académicos a los estudiantes de los diferentes niveles propedéuticos (Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario) relacionado a la información y trámites solicitados del proyecto IUB al Territorio / IUB al Barrio en todas las facultades en la cual se desarrollan las actividades
Utilizar los procedimientos a cabalidad correspondientes de la Facultad Académica dentro del Sistema de Gestión de la Calidad generados.	Utilizar los procedimientos a cabalidad correspondientes de la Facultad Académica dentro del Sistema de Gestión de la Calidad generados.
Coadyuvar en la programación y ejecución de las actividades de la Facultad proactiva y satisfactoriamente correspondiente a las solicitudes académicas de los estudiantes de la Institución.	Coadyuvar en la programación y ejecución de las actividades de la Facultad proactiva y satisfactoriamente correspondiente a las solicitudes académicas de los estudiantes de la Institución.

Realizar el cumplimiento de los procedimientos de Gestión Documental de la	Realizar el cumplimiento de los procedimientos de Gestión Documental de la
Coadyuvar en la planificación, organización, ejecución de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la Facultad en la cual desarrolla las actividades.	Coadyuvar en la planificación, organización, ejecución de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la Facultad en la cual desarrolla las actividades.
Realizar reportes relacionados con las actividades que se desarrollen en el proceso.	Realizar reportes relacionados con las actividades que se desarrollen en el proceso.

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__

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

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 (02/02/2026)				
Dos	días del mes de	Febrero	de	2026

Iván Alberto Marquez Diaz
Supervisor o Interventor

Néstor Virgilio Hoyos Pulido
Contratista



MiÃ©rcoles, 4 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20260023310**
Fecha Emisión:	04/02/2026
Identificación:	72210513
Declarante:	NESTOR VIRGILIO HOYOS PULIDO
Vigencia:	2026
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 14.867.808
Fecha Pago:	04/02/2026
Monto Pagado:	$ 45.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20260521, CONTRATO SECOP: 20260521
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 72210513
Nombres:	NESTOR VIRGILIO HOYOS PULIDO
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2004-10-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S.

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-02-04 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-03-06

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HOYOS PULIDO NESTOR VIRGILIO** identificado(a) con **CC** número **72.210.513** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de octubre de 1994 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 26 de enero 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 NESTOR VIRGILIO HOYOS PULIDO identificado(a) con C72210513 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:C722105132603558918

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **04/02/2026**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NESTOR VIRGILIO HOYOS PULIDO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **72210513**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**026000794581**
Saldo a la fecha	**0.00 Pesos**
Fecha de apertura	**26/01/2026**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 28 de enero del 2026.

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

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 [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:

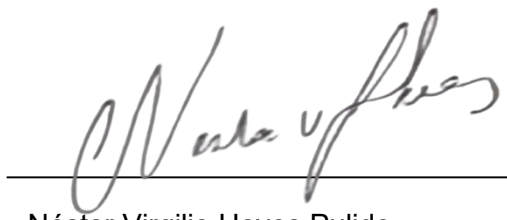
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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



Néstor Virgilio Hoyos Pulido
Contratista
CC: 72.210.513