**INSTITUCIÓNUNIVERSITARIADE BARRANQUILLA**
**NIT. 802.011.065-5**
**DEBE A**

**SANIAPATRICIAEGUIS RISSO**
**22623199 DESABANAGRANDE**

**VALOR DEL PAGO: 3.236. 867 ( Tres millones doscientos treinta y seis mil ochocientos sesenta y siete pesos M.L.)**

**PERIODO ACANCELA:** Primer pago. Contrato 20260496
**OBJETODELCONTRATO:** Prestación de servicios profesionales en la institución universitaria de Barranquilla-IUB

**No. Contrato** 20260496
No**. CDP** 260487
**RP.**260503

No. CTA PARA ACONSIGNAR: Cuenta de ahorros Davivienda 025770002936

Fecha: 30 de enero de 2026
Lugar de expedición: Soledad

SANIAPATRICIAEGUIS RISSO

CC22623199 DESABANAGRANDE

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**
**Rad:** 2026020561 **Fecha:** 19/02/2026 **Hora:** 15:08:25
**Asunto:** CUENTA DE COBRO 20260496 PRIMER PAGO
**Anexos:** 12 FOLIOS
**Remite:** SANIA PATRICIA EGUIS RISSO
**Destino:** MELISSA DAVID DIAZ

| | | |
|---|---|---|
| INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA VIGILADA MINEDUCACIÓN | INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍAOSUPERVISIÓNDE PROVEEDOR O CONTRATISTA | FR-UR-02-V13 Vigencia:15/12/2022 Pág. 1 de 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **30** | **de** | **Enero** | **de** | **2026** |

## Acta de recibo Inicial Parcial X Final

| **INFORMACIÓNGENERAL DELCONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20260496 |
| **Tipo de contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES |
| **Nombre del contratista:** | Sania Patricia Eguis Risso |
| **Objeto del contrato:** Prestación de Servicios profesionales la institución universitaria de Barranquilla. | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | **$** 20.124.867 | | | **RP número:** | 260503 |
| **Rubro:** | 2.1.2.02.02.009-servicios para la comunidad sociales y personales. | **Fuente de Financiación:** | RECURSOS PROPIOS | **Centro de Costo:** | PRESTACION DE SERVICIO |
| **Plazo del contrato:** | **Fechade inicio:** | 28 ENERO DE 2026 | | **Fecha de finalización:** | 31 DE MAYO DE 2026 |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fechade suspensión:** | N/A | | **Fechade reinicio:** | N/A |

| **INFORMACIÓNADICIONAL DELCONTRATO** | |
|---|---|
| **Adicionales 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 | **RPN** | N/A |
| **Rubro:** | N/A | **Fuente de Financiación:** | N/A | **Centro de Costo:** | N/A |
| **Plazo del contrato:** | **Fechade inicio:** | N/A | | **Fecha de finalización:** | N/A |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | N/A | | **Fechade reinició:** | N/A |
| **INFORMACIÓNDEL PAGO** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR PARCIAL : 3.236. 867** (Tres millones doscientos treinta y seis mil ochocientos sesenta y siete pesos M.L.) | | | | | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | Primer pago. Contrato 20260496 | | | | |

| GARANTÍASCONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Amparos** | **Aseguradora** | **Node 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 correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Salarios 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) | BASEGRAVABLE 40%DELVALOR DELCONTRATO | | APORTECORRESPONDIENTE AL MES DE: |
|---|---|---|---|
| **Salud** | **12.5%** | $ 112.700 | Diciembre |
| **Pensión** | **16%** | $ 144.300 | Diciembre |
| **ARL** | | $ 4.800 | Diciembre |

| CERTIFICACIÓNAPORTESPARAFISCALESREVISOR FISCAL –REPRESENTANTE LEGAL(Persona Jurídica) (dd/mm/aaaa) | **Fecha** | N/A |
|---|---|---|

| CONTRATO | | 20260496 | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGODEESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASEGRAVABLE** | **Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fechade Pago** |
| **Estampilla ITSA** | $20.124.867 | 20260017967 | $60.000 | 30/01/2026 |
| **Estampilla Pro–Dotación (Tercera Edad)** | $20.124.867 | 20260018001 | $ 504.000 | 30/01/2026 |
| **Estampilla Pro-Cultura** | $20.124.867 | 20260017979 | $101.000 | 30/01/2026 |
| **Bono al Deporte** | | | | |

| ADICIONAL DELCONTRATO | | N/A | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGODEESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASEGRAVABLE** | **Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fechade 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 |

| PAGODEESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES: | N° Recibo Pago | Valor Pagado | Fechade Pago |
|---|---|---|---|
| Estampilla Pro-Hospitalesde1y 2Niveles | 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 |
| EstampillaPro-Ciudadela Universitaria | N/A | N/A | N/A |
| Estampilla Pro-Anciano | N/A | N/A | N/A |

**ASISTENTES ALAREUNIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Interventor(es)o Supervisor(es):** | Milena del Carmen Prada Martínez | | |
| **Por parte del contratista:** | Sania Patricia EguisRisso | | |
| **Lugar donde se realiza la reunión** | VíaMicrosoft Temas | | |
| **Horadeinicio (a.m./p.m.)** | 3:00pm | **Horade finalización (a.m./p.m.)** | 3:30pm |

**VERIFICACIÓNDELCUMPLIMIENTODE LOS COMPROMISOSY/OACTIVIDADESCONTEMPLADAS ENELCONTRATO**

| Actividad/Compromiso | Justificación/ Observación |
|---|---|
| Apoyo, seguimiento y control al plan de incentivos institucional. | Realizando acompañamiento en la ejecución del plan de incentivo. |
| Apoyo, seguimiento y reporte de los indicadores de gestión del área, garantizando la veracidad y oportunidad de la información | Ejecutando la labor asignada garantizando la veracidad de la información. |
| Recopilar, analizar y reportar información sobre clima organizacional y satisfacción laboral. | Organizando las actividades propuestas para su ejecución. |
| .Apoyar la ejecución de actividades de fortalecimiento de la cultura organizacional y la promoción de valores institucionales | Programando actividades para la ejecución de las metas propuestas. |
| 5. Apoyo, seguimiento y control a programas de incentivos y estímulos para el personal, asegurando la mejora continua y el cumplimiento de metas | Iniciando las actividades de ejecución del programa de incentivos y estímulos para el personal. |
| 6. Apoyo, seguimiento y actualización de base de datos de trabajadores según el tipo de vinculación para efectos de comunicaciones. | Brindando el apoyo en la organización de las base de datos de los funcionarios y sus familias. |
| Apoyo a la implementación del Plan de Bienestar Social, Estímulos e Incentivos IUB. | Organizando las actividades para su ejecución |
| Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. | Siempre presta a la programación de las reuniones convocadas por el supervisor. |

**EVALUACIÓNAL PROVEEDOR OCONTRATISTA**

Califiquede1a5segúnel grado de satisfacción. Donde1 es el mínimo y5 el máximo:

| OPCIONES AEVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento al objeto del contrato | | | | | X |
| Calidad de las especificaciones del bien servicio | | | | X | |
| Cumplimiento dela entrega | | | | | X |
| Atención al cliente por parte del contratista | | | | | X |

Calificación proveedor ocontratista:4.5

| COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN | | |
|---|---|---|
| **Compromiso** | **Fecha de entrega** | **Responsable** |
| **N/A** | **N/A** | **N/A** |

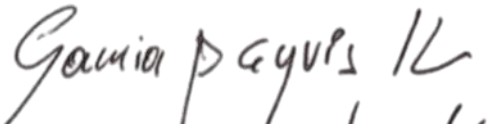
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de la próxima reunión** | 19 | **De** | Febrero | **de** | 2026 |

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los quien ella intervino a los (30)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| treinta | Días del mes de | enero | de | 2026 |



**Milena del Carmen Prada Martínez**



**Sania Patricia Eguis Risso**

# 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 22623199 | | EGUIS RISSO SANIA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 26B 2 #66A46 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3008023567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 93504613 | 9497555447 | I | 2026/01/26 | 2026/01/07 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $261,800 |

**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 | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $901,550 | $144,300 | | | $901,550 | $112,700 | | | $0 | $0 | | | $901,550 | $4,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $901,550 | $144,300 | | | $901,550 | $112,700 | | | $0 | $0 | | | $901,550 | $4,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $901,550 | $144,300 | | | $901,550 | $112,700 | | | $0 | $0 | | | $901,550 | $4,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 22623199 | EGUIS SANIA | 230301 | 19 | $901,550 | $144,300 | EPS010 | 19 | $901,550 | $112,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 19 | $901,550 | $4,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $901,550 | $144,300 | | | $901,550 | $112,700 | | | $0 | $0 | | | $901,550 | $4,800 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# 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 22623199 | | EGUIS RISSO SANIA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 26B 2 #66A46 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3008023567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 93504613 | 9497555447 | I | 2026/01/26 | 2026/01/07 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $261,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $144,300 | $0 | $0 | $144,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $144,300 | $0 | $0 | $144,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $112,700 | $0 | $0 | $112,700 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $112,700 | $0 | $0 | $112,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $261,800 | $0 | $0 | $261,800 |

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,** **19/01/2026**
**ATLANTICO,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SANIA EGUIS RISSO** con **Cédula de Ciudadanía** número **22623199**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570025770002936** |
| Fecha de apertura | **12/06/2007** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA




Domingo, 1 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20260017967** |
| **Fecha Emisión:** | 30/01/2026 |
| **Identificación:** | 22623199 |
| **Declarante:** | SANIA PATRICIA EGUIS RISSO |
| **Vigencia:** | 2026 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Base Gravable:** | $ 20.124.867 |
| **Fecha Pago:** | 30/01/2026 |
| **Monto Pagado:** | $ 60.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DE OCCIDENTE |
| **No. de Soporte:** | 20260496, CONTRATO SECOP: 20260496 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |




Domingo, 1 de Febrero de 2026

**Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20260017979** |
| **Fecha Emisión:** | 30/01/2026 |
| **Identificación:** | 22623199 |
| **Declarante:** | SANIA PATRICIA EGUIS RISSO |
| **Vigencia:** | 2026 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | IMPUESTO ESTAMPILLA PROCULTURA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA PROCULTURA |
| **Base Gravable:** | $ 20.124.867 |
| **Fecha Pago:** | 30/01/2026 |
| **Monto Pagado:** | $ 101.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DAVIVIENDA |
| **No. de Soporte:** | 20260496, CONTRATO SECOP: 20260496 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |




Domingo, 1 de Febrero de 2026

**Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20260018001** |
| **Fecha Emisión:** | 30/01/2026 |
| **Identificación:** | 22623199 |
| **Declarante:** | SANIA PATRICIA EGUIS RISSO |
| **Vigencia:** | 2026 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD) |
| **Acto:** | ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD) |
| **Base Gravable:** | $ 20.124.867 |
| **Fecha Pago:** | 30/01/2026 |
| **Monto Pagado:** | $ 504.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DAVIVIENDA |
| **No. de Soporte:** | 20260496, CONTRATO SECOP: 20260496 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |

**FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

**Soledad, 28 de enero de 2026**

**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 [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 Ley1819 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. 387ET), 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 1819de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

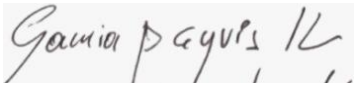
b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [X]

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:**



**SANIA PATRICIA EGUIS RISSO**
**C.C: 22623199 De Barranquilla**