INSTITUCIÒN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO
C.C. 22.732.646 de Barranquilla

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Seis millones doscientos ochenta y dos mil pesos M/L ($ 6.282.000)

PERIODO DEL CONTRATO: Segundo pago contrato 20260359

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

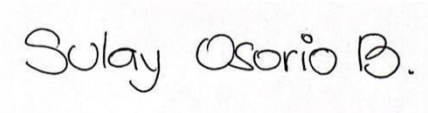
NÚMERO DEL CONTRATO: 20260359

NÚMERO DEL CDP: 260365

NÚMERO DEL RP: 260106

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: Bancolombia ahorros 77305729313

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Barranquilla, 19 febrero de 2026.



SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO
C.C. 22.732.646

CEL +57 3012441557 correo:sulayth@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026020910 **Fecha:** 27/02/2026 **Hora:** 08:52:31
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260359 SEGUNDO PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	**19**	**de**	**febrero**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial x__Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260359
Tipo de contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$27.640.800**			**RP Número:**	**260106**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**PRESTACION DE SERVICIOS**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**20/01/2026**		**Fecha de finalización:**	**31/05/2026**
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:		**ValorTotal Del Contrato**		**RP Número:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centro de Costo:**	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fechade reinicio:**	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: Seis millones doscientos ochenta y dos mil pesos moneda legal ($6.282.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Segundo pago contrato** 20260359

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%**	$117.400	ENERO
Pensión	**16%**	$150.300	ENERO
ARL		$5000	ENERO

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

CONTRATO		20260359		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 27.640.800**	**20260017582**	**$ 83.000**	**30/01/2026**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$ 27.640.800**	**20260017595**	**$ 691.000**	**30/01/2026**
Estampilla Pro Cultura	**$27.640.800**	**20260017592**	**$ 138.000**	**30/01/2026**
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:	SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO		
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 que se desarrollaron en el proyecto IUB a tu territorio (jóvenes para el mundo) tales como ferias académicas,socializaciones ,capacitaciones tanto a estudiantes, padres de familia y docentes.
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 a los estudiantes sumistrando información que le sea solicitada acerca del desarrollo de los módulos , proceso de inscripción y matriculas, usos de los aplicatico de la institución ,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	Se realizo identificación de las necesidades de los recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto las cuales fueron informadas a coordinador encargado.
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,concernientes al proyecto IUB al territorio jóvenes para el mundo,tales como listados de asistencia a clase de docentes y estudiantes.
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	Se brindo 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, los cuales fueron enviados al supervisor del proyecto para su respectiva gestión.
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	Se brindo apoyo en la revisión y seguimiento de los diferentes trámites administrativos requeridos en los procesos de contrataciones o adquisidores correspondientes al proyecto IUB al Territorio (jóvenes para el mundo)

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	**19**	**de**	**Marzo**	**de**	**2026**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (19)				
Diecinueve	días del mes de	febrero	de	2026

WENDY VILLARREAL ESPRIELLA
Supervisor

SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla,20 enero 2026
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:



SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO
C.C. 22.732.646 de Barranquilla.

Certificación
Bancaria

Viernes, 30 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que SULAY BEATRIZ OSORIO BAYUELO identificado(a) con CC 22732646, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	77305729313	2019-12-30	Activo	*****

*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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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 22732646		OSORIO BAYUELO SULAY BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 64 No 50-125 Apto 303 A	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3012441557	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	74807309	9499863873	I	2026/02/11	2026/02/19	BANCOLOMBIA	8	$272,700

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)					$933,816	$149,500			$933,816	$116,800			$0	$0			$933,816	$4,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$933,816	$149,500			$933,816	$116,800			$0	$0			$933,816	$4,900		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$933,816	$149,500			$933,816	$116,800			$0	$0			$933,816	$4,900		$0	$0
1	CC	22732646 OSORIO SULAY	25-14	16	$933,816	$149,500	EPS010	16	$933,816	$116,800		0	$0	$0	14-4	16	$933,816	$4,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$933,816	$149,500			$933,816	$116,800			$0	$0			$933,816	$4,900		$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 22732646		OSORIO BAYUELO SULAY BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 64 No 50-125 Apto 303 A	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3012441557	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	74807309	9499863873	I	2026/02/11	2026/02/19	BANCOLOMBIA	8	$272,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$149,500	$800	$0	$150,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$149,500	$800	$0	$150,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$100	$0	$5,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$4,900	$100	$0	$5,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$116,800	$600	$0	$117,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$116,800	$600	$0	$117,400
TOTAL				**1**	**$271,200**	**$1,500**	**$0**	**$272,700**