INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

DEBE A
CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO
C.C. 1.234.094.407

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Tres millones (3.000.000) de pesos

PERIODO A CANCELAR: PRIMER PAGO CONTRATO 20260523

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

Contrato No. 20260523 No. CDP **260555 No.** RP **260634**

CONSIGNAR EN CUENTA DE AHORRO DE BANCOLOMBIA No. 59557948346

Barranquilla, 16 de marzo de 2026

Camilo Nieto

CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO
C.C. 1.234.094.407
Celular: 3052010150
c.andp@hotmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021185 **Fecha:** 17/03/2026 **Hora:** 11:45:26
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260523 PRIMER PAGO
Anexos: 13 FOLIOS
Remite: CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	16	de	marzo	de	2026

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial__ Final__

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato N° **20260523**
Tipo de contrato:	Prestación de servicios de Apoyo a la Gestión.
Nombre de Contratista:	Camilo Andrés Nieto del Portillo
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valor del contrato:	**$** 12.000.000			**RP Número:**	**260634**
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:**	29-1-2026		**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: N/A	

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 Parcial Tres millones (3.000.000) de pesos	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago Contrato **20260523**

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%**	$211.600	FEBRERO
Pensión	**16%**	$270.900	FEBRERO
ARL	**0.522%**	$8.900	FEBRERO

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

CONTRATO		20260523		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 12.000.000	20260036624	$ 47.000	20-02-2026
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte				

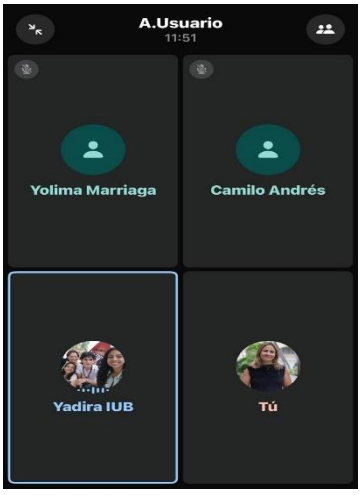
ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA				
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte				

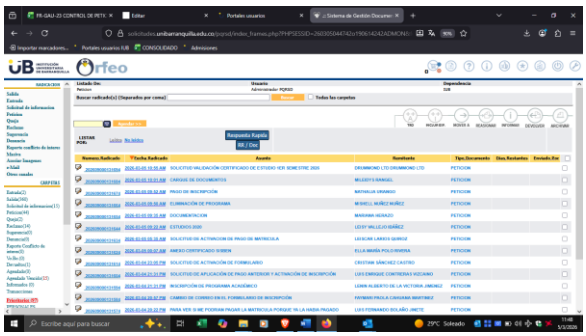
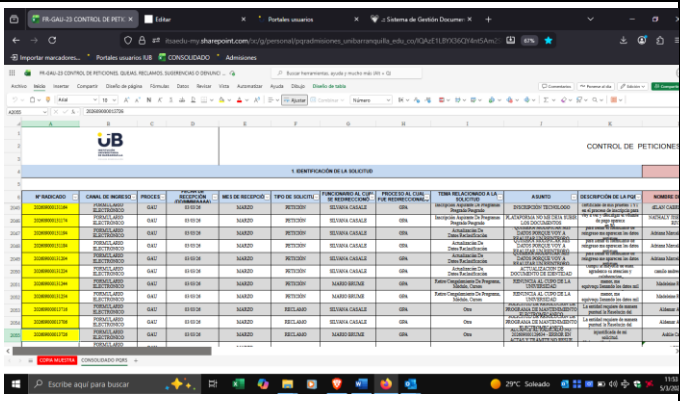
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	Camilo Andrés Nieto del Portillo		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina De Secretaria General		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**8:00 a.m.**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**8:20 a.m.**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Se llevó a cabo una reunión de seguimiento con el objetivo de revisar el desarrollo de las actividades asignadas y el estado general de los procesos relacionados con la gestión de peticiones, quejas, reclamos, etc.	La reunión tuvo como finalidad realizar un seguimiento a las actividades desempeñadas dentro del área, fortalecer la comunicación con la supervisión directa y recibir orientaciones para la correcta ejecución de las funciones. Asimismo, permitió revisar aspectos generales relacionados con la gestión de solicitudes, el cumplimiento de los procedimientos establecidos, la mejora continua en la atención al usuario y la organización de las actividades del área. 

Apoyar en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la unidad en la cual desarrolla las actividades	 Se Apoyó en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la Unidad en la cual desarrolla las actividades
Brindar apoyo en reporte de estadísticas de las actividades que se ejecutan en el proceso.	 Se brindó apoyo en los reportes estadísticos de las actividades que se ejecutan en el proceso
Apoyar en las actividades propias de la dependencia a la cual seencuentra asignado.	Se Apoyó en las actividades propias de la dependencia a la cual se encuentra asignado

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					
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					
Cumplimiento de la entrega					
Atención al cliente por parte del contratista					

Calificación proveedor o contratista:

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN					
Compromiso		**Fecha de entrega**		**Responsable**	
		N/A		Camilo Andrés Nieto del Portillo	
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 (16)				
dieciséis	días del mes de	marzo	de	2026

Ángela Victoria Hernández Vergara
Secretaria General

Camilo Andrés Nieto del Portillo
Contratista

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1234094407		CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 26 # 19 - 47	BARANOA-ATLANTICO	3052010150	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	114927241	9501007175	I	2026/03/03	2026/03/05	NU	2	$492,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542		$8,900		$0	$0		$491,400
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542		$8,900		$0	$0		$491,400
Ciudad: BARANOA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542		$8,900		$0	$0		$491,400
1	CC	1234094407 NIETO CAMILO	X																	230201	29	$1,692,542	$270,900	EPS041	29	$1,692,542	$211,600		0	$0	$0	14-11	29	$1,692,542	0.522%	$8,900	0	$0	$0	No	$491,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,692,542	$270,900			$1,692,542	$211,600			$0	$0			$1,692,542		$8,900		$0	$0		$491,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$270,900	$400	$0	$271,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$270,900	$400	$0	$271,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$100	$0	$9,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,900	$100	$0	$9,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,600	$300	$0	$211,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$211,600	$300	$0	$211,900
TOTAL				**1**	**$491,400**	**$800**	**$0**	**$492,200**

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NIETO DEL PORTILLO CAMILO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.234.094.407** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre 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 20 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/**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO identificado(a) con CC 1234094407 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**31/01/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO SAN JUAN EU-BARANOA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de marzo del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Medellín, 05 de marzo 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 CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO identificado(a) con C1234094407 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:C12340944072606434503

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18



Viernes, 20 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20260036624**
Fecha Emisión:	20/02/2026
Identificación:	1234094407
Declarante:	CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO
Vigencia:	2026
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 12.000.000
Fecha Pago:	20/02/2026
Monto Pagado:	$ 47.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20260523, CONTRATO SECOP: 20260523
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificación Bancaria

Viernes, 20 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO identificado(a) con CC 1234094407, 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	59557948346	2023-09-26	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

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 29 de enero del 2026

Señores:

INSTITUCION 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] N0 [ ]

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.

Camilo Nieto

CAMILO ANDRES NIETO DEL PORTILLO
C.C 1.234.094.407