LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO

CC 77.031.578

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRECE MILLONES DE PESOS ($13.00.000).

PERIODO A CANCELAR: TERCER PAGO CONTRATO 20260238.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.

No. Contrato: 20260238 **No. CDP.** 260104 **No. RP.** 260514.

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros del BANCOLOMBIA 20985755554

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: carlosalfonsoaraujo@hotmail.com

CELULAR: 3153306831

Barranquilla, 19 de Marzo del 2026



CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO
C.C. 77.031.578 DE VALLEDUPAR

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021407 **Fecha:** 24/03/2026 **Hora:** 11:43:19
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260238 TERCER PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	**19**	**de**	**Marzo**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260238
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	**57.200.000**			**RP Número:**	**260514**
Rubro:	2.1.2.02.02.008	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**Prestación de servicios**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**Enero 28 del 2026**		**Fecha de finalización:**	**Mayo 31 del 2026**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	
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 Parcial: TRECE MILLONES DE PESOS M/C (13.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Tercer pago Contrato 20260238**

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	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 y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A	N/A	N/A	N/A
Salarios y 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)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	**12.5%**	260.000	Febrero del 2026
Pensión	**16%**	332.800	Febrero del 2026
ARL		10.900	Febrero del 2026

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

CONTRATO		20260238		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**57.200.000**	20260016079	**172.000**	**Enero 29 del 2026**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**57.200.000**	**20280015943**	**1.430.000**	**Enero 29 del 2026**
Estampilla Pro-Cultura	**57.200.000**	**20260016005**	**286.000**	**Enero 29 del 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):	MARIA JOSE OSPINA		
Por parte del contratista:	Carlos Alfonso Araujo Castro		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede Colsamiro		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	2:00 pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	2:30 pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar jurídicamente a la Institución en asuntos administrativos, contractuales y demás actos que requieran pronunciamiento de la Vicerrectoría administrativa y Financiera, así como en las actividades relacionadas con el desarrollo de su objeto y las relaciones con otras entidades.	Se celebro Reunión presencial el día 05 de marzo - mesa de trabajo con la con la Secretaria General para realizar la revisión General del Reglamento de Cartera En la reunión del 05 de marzo se revisó y el cronograma de trabajo.
2. Dar trámite a las actuaciones administrativas que le sean asignadas.	Se revisaron las actuaciones administrativas relacionadas con el pago de la Seguridad Social.
3. Brindar apoyo jurídico a la Institución en PQR, trámites, consultas y solicitudes efectuadas por la comunidad educativa, entes de control y demás entidades públicas de competencia.	Se esta coordinando con la Doctora Melissa David iniciar un proceso de cobro jurídico contra una empresa.

4. Proyectar, revisar y apoyar en la elaboración de actos administrativos, contratos, planes, proyectos y demás documentos que deban ser suscritos por el Rector, de la Vicerrectoría administrativa y Financiera.	Se reviso y se proyectó el Decreto de constitución de Reservas y pasivos exigibles.
5. Tener actualizada base de datos de contratistas con contratos vigentes en la institución.	Se solicito esta información para cumplir con esta actividad especifica.
6. Proyectar contestaciones de demandas, memoriales, tutelas y recursos de ley de la Vicerrectoría administrativa y Financiera.	Se realizo seguimiento virtual al proceso de controversias contractuales con el Municipio de Soledad-Atlántico.
7. Brindar soporte jurídico y administrativo en reuniones, mesas de trabajo, peticiones, solicitudes y requerimientos que designe el Supervisor del contrato.	En la Reunión del 05 de marzo se analizó el pago de la Seguridad Social a los docentes de hora catedra.
. 9. Asesorar jurídicamente las actividades que la institución requiera en materia del derecho laboral administrativo, así como también aquellas que necesite en el desarrollo del objeto de la institución y su relación con otras entidades.	No se presento actividad en esta obligación contractual.
11.Asesorar en la implementación de estrategias específicas de modernización que permitan optimizar los procesos administrativos, mejorar la eficiencia y la eficacia de la gestión pública.	Dentro del Plan de Acción se contempla apoyar a la Vicerrectora en el proceso de Implementación del Manual de Cartera y en el acompañamiento en los comités de Sostenibilidad Contable y de Cartera.
12.Apoyar en la realización de las evaluaciones jurídicas de los proponentes y propuestas presentadas dentro de los procesos de selección de contratistas que le sean asignados.	En este informe no se han realizado evaluaciones de proponentes.

13.Asistir a las reuniones convocadas por el Supervisor del contrato.	Se ha participado en las reuniones presenciales y virtuales convocadas por la Supervisora.
14. Guardar absoluta reserva sobre documentos, informaciones y datos que se manejen en la respectiva dependencia. conformidad al objeto del contrato.	Se ha guardado toda la confidencialidad de los temas tratados.

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	**20**	**De**	**abril**	**de**	**2026**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (03) de febrero 2026				
diecinueve	días del mes de	marzo	de	**2026**

MARIA JOSE OSPINA
Supervisor o Interventor

CARLOS ALFÒNSO ARAUJO CASTRO
Contratista

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	77031578	CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO	DIAGONAL 10 22 BIS 274 CASA B 14	3153306831	carlosalfonsoaraujo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	VALLEDUPAR		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
67669976	13/03/2026	67719150	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$956.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	412.000	0		0		0	0	0	0	412.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	527.300	0	0	0	0	0	0		527.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.200				17.200	0	0	17.200			172	17.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	412.000	412.000
Pensión	1	527.300	527.300
Riesgos Laborales	1	17.200	17.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	956.500	956.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	77031578	CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO	DIAGONAL 10 22 BIS 274 CASA B 14	3153306831	carlosalfonsoaraujo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CESAR	VALLEDUPAR		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
67669976	13/03/2026	67719150	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$956.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 77031578	ARAUJO CASTRO CARLOS ALFONSO	59	0			N																	25-14	5.200.000	30	832.000	0	0	0	0	EPS005	5.200.000	30	650.000	14-23	5.200.000	30	1	27.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, Enero 28 del 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 [x] NO [ ]

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 [x] NO [ ]

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



CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO
C.C. 77.031.578 Valledupar-Cesar

Bancolombia

NIT 890.903.938-8 D.V 8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Fecha de Expedición			Año Gravable
Día	Mes	Año	
17	02	2026	**2025**

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	**Municipio**	**Departamento**
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES

Nombre	Cédula o Nit
CARLOS ALFONSO ARAUJO CASTRO	77031578

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	90000133178	06	04	2021	06	04	2036	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

Monto Original del Préstamo	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$ 130,000,000.00	31	12	2024	$ 114,281,740.00	31	12	2025	$ 108,588,883.00

Información sobre Pagos

Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	$ 5,652,884.00
Intereses Corrientes	$ 11,223,779.00
Interés de Mora	$ 24,538.00
Corrección U.V.R.	$ 0.00
Otros Conceptos	$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	**$ 11,248,317.00**

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	$ 0.00	$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros	**BOGOTA**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO