LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

BRYAN HERNANDEZ DAVILA

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/L ($3.700.000)

PERIODO A CANCELAR: TERCER PAGO CONTRATO 20260015

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

No. Contrato: 20260015 **No. CDP.** 260204 **No. RP.** 260027

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 8742032549 del Banco Scotiabank Colpatria

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: bhernandezd29@gmail.com

CELULAR: 300-259-6071

Barranquilla, 19 de marzo del 2026

BRYAN HERNANDEZ DAVILA
C.C. 1234090442 de Barranquilla

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021410 **Fecha:** 24/03/2026 **Hora:** 11:45:21
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260015 TERCER PAGO
Anexos: 5 FOLIOS
Remite: BRYAN ABELARDO HERNANDEZ DAVILA
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	**19**	**de**	**marzo**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260015
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	BRYAN HERNANDEZ DAVILA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	**$18.500.000 M/L**			**RP Número:**	**260027**
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 14 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:	

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 SETECIENTOS MIL PESOS M/L ($3.700.000.oo).	
Periodo al que corresponde el pago:	**tercer pago contrato 20260015**

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%**	218.900	febrero 2026
Pensión	**16%**	280.200	febrero 2026
ARL		9.200	febrero 2026

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

CONTRATO		**20260015**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**18.500.000**	**20260018950**	**56.000**	**31 enero 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:	BRYAN HERNANDEZ DAVILA		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede Colsamiro		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	2:00pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	2:30pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Proyectar y sustanciar respuestas y conceptos que sean encomendados dentro de procesos de orden disciplinario y/o administrativo. 2. Solución de consultas en materia disciplinaria. 3. Asesoría especializada y acompañamiento jurídico en derecho administrativo y disciplinario. 4. Asesoría referente a la participación y competencias de los cuerpos directivos y/o colegiados y de la institución. 5. Vigilancia mensual hasta la finalización del trámite. 6. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. 7. Las demás actividades u obligaciones que le sean asignadas de conformidad al objeto del contrato	Apoyo en recopilación de documentación para dar respuestas a tutelas Apoyo en revisión de actas de Consejo Académico y Directivo Apoyo en redacción y revisión de actos administrativos asignados por la Secretaria General Respuesta a consultas realizadas por la Secretaría General Asistencia a reunión realizada el 13 de febrero y 19 de febrero en la Sede Granadillo Seguimiento al proceso del pago de impuestos de la camioneta institucional

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: 4,8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**31 marzo 2026**	**BRYAN HERNANDEZ DAVILA**

Fecha de la próxima reunión	**20**	**De**	**04**	**de**	**2026**

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

ÀNGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor

BRYAN HERNANDEZ DAVILA
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1234090442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BRYAN HERNANDEZ DAVILA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRR 5E 2334	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6007862407**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		114283938

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

Planilla Pagada