INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

DEBE A

AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
CC. N° 1.129.493.849

VALOR DEL PAGO MENSUAL: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS ($7.359.000).

PERIODO A CANCELAR: Cuarto pago Contrato 20260517

OBJETO DEL CONTRATO: CONTRATO 20260517 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB

N° Contrato: 20260517 **N° CDP:** 260099 **N° RP:** 260615

CONSIGNAR EN CTA DE AHORRO DE SCOTIABANK COLPATRIA N°8742032062

Barranquilla, 23 de abril de 2026



AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
CC. N° 1.129.493.849

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022279 **Fecha:** 27/04/2026 **Hora:** 16:07:06
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260517 CUARTO PAGO
Anexos: 16 FOLIOS
Remite: AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	23	de	abril	de	2026

Acta de recibo Inicial ____ Parcial _X__ Final ___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato No. 20260517
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
Nombre de Contratista:	AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
Objeto del contrato: CONTRATO 20260517 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.	

Valor del contrato:	**TREINTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/L ($36.795.000)**			**RP Número:**	260615
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 de enero de 2026**		**Fecha de finalización:**	**31 de mayo de 2026**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N/A
Tipo de contrato:	N/A
Nombre de Contratista:	N/A

Valor del adicional contrato:	N/A	**Valor Total Del Contrato**	**$** N/A	**RP Número:**	N/A
Rubro:	N/A	**Fuente de Financiación:**	N/A	**Centro de Costo:**	N/A
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	N/A		**Fecha de finalización:**	N/A
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor Para Pagar Parcial: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS ($7.359.000).	
Periodo al que corresponde el pago:	Cuarto pago Contrato 20260517

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: ABRIL**
Salud	12.5%	$2.943.600	$368.000
Pensión	16%	$2.943.600	$471.000
ARL		$2.943.600	$15.400

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

CONTRATO		20260517		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 36.795.000	20260028666	$110.000	10/02/2026
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	$ 36.795.000	20260028672	$920.000	10/02/2026
Estampilla Pro Cultura	$ 36.795.000	20260028669	$184.000	10/02/2026
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de 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

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	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
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Anciano	N/A	N/A	N/A

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	MARIA JOSE OSPINA FIGUEROA		
Por parte del contratista:	AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS		
Lugar donde se realiza la reunión	VECERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	2:00 p.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	3:00 p.m.

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Realizar análisis financiero para evaluar la factibilidad de planes y proyectos, de acuerdo con las necesidades institucionales	Determinar la viabilidad económica y financiera de iniciativas institucionales antes de su ejecución, minimizando riesgos financieros y asegurando que los recursos se destinen a proyectos sostenibles y alineados con los objetivos estratégicos.
Recopilar y revisar información financiera con el fin de validar el cumplimiento de los objetivos institucionales establecidos por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Verificar que la gestión financiera se desarrolle conforme a las metas y lineamientos institucionales, permitiendo detectar desviaciones oportunamente y ajustar estrategias para mantener el rumbo financiero esperado.
Proporcionar apoyo en la realización de estudios, evaluaciones desde el área financiera, preparación y compilación de informes periódicos, mensuales que sean solicitados de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Generar insumos técnicos y documentales que faciliten la toma de decisiones informadas, el seguimiento de indicadores financieros y la rendición de cuentas ante instancias internas y externas.
Ejecutar seguimiento y control de los programas y proyectos de la para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Monitorear de manera continua el avance y la ejecución presupuestal de los proyectos, identificando desviaciones y proponiendo acciones correctivas que garanticen el logro de los resultados comprometidos.
Apoyar en la revisión, consolidación de facturas y cuentas de cobro asociadas al proceso de la Vicerrectoría Administrativa y financiera.	Asegurar que los documentos de soporte financiero sean completos, coherentes y cumplan con los requisitos legales y administrativos, facilitando el proceso de pago y reduciendo el riesgo de inconsistencias contables..
Elaborar y redactar documentos necesarios para la ejecución correcta de los compromisos del proceso de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Formalizar acuerdos, solicitudes, reportes y comunicaciones oficiales que respalden la gestión administrativa y financiera, garantizando trazabilidad y soporte documental para auditorías y seguimientos.
Participar en la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad en los procesos de la dependencia.	Contribuir al mejoramiento continuo de los procesos administrativos y financieros mediante la aplicación de estándares de calidad, asegurando la eficiencia, eficacia y conformidad con las normativas institucionales y externas.

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**	**Mayo**	**de**	**2026**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a (23)				
veintitrés	días del mes de	Abril	de	2026

MARIA JOSE OSPINA FIGUEROA
SUPERVISOR

AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
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 1129493849		AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS	INDEPENDIENTE	Principal	CALLE 87 # 9 M - 16 BRR EVARISTO SOURDIS	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002932306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	241104357	9503402039	I	2026/05/13	2026/04/21	DAVIbank S.A.	0	$854,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$2,943,600	$471,000			$2,943,600	$368,000			$0	$0			$2,943,600		$15,400		$0	$0		$854,400
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$2,943,600	$471,000			$2,943,600	$368,000			$0	$0			$2,943,600		$15,400		$0	$0		$854,400
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					$2,943,600	$471,000			$2,943,600	$368,000			$0	$0			$2,943,600		$15,400		$0	$0		$854,400
1	CC	1129493849 DE LAS AGUAS AILYN																		23030 1	30	$2,943,600	$471,000	EPS002	30	$2,943,600	$368,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,943,600	0.522%	$15,400	0	$0	$0	No	$854,400
Total	**Afiliados(1)**																					$2,943,600	$471,000			$2,943,600	$368,000			$0	$0			$2,943,600		$15,400		$0	$0		$854,400

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	$471,000	$0	$0	$471,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$471,000	$0	$0	$471,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,400	$0	$0	$15,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$15,400	$0	$0	$15,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$368,000	$0	$0	$368,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$368,000	$0	$0	$368,000
TOTAL				**1**	**$854,400**	**$0**	**$0**	**$854,400**



MiÃ©rcoles, 11 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20260028669**
Fecha Emisión:	10/02/2026
Identificación:	1129493849
Declarante:	AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
Vigencia:	2026
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	IMPUESTO ESTAMPILLA PROCULTURA
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA
Base Gravable:	$ 36.795.000
Fecha Pago:	10/02/2026
Monto Pagado:	$ 184.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20260517, CONTRATO SECOP: 20260517
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ©rcoles, 11 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20260028666**
Fecha Emisión:	10/02/2026
Identificación:	1129493849
Declarante:	AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
Vigencia:	2026
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 36.795.000
Fecha Pago:	10/02/2026
Monto Pagado:	$ 110.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20260517, CONTRATO SECOP: 20260517
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ©rcoles, 11 de Febrero de 2026

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20260028672**
Fecha Emisión:	10/02/2026
Identificación:	1129493849
Declarante:	AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
Vigencia:	2026
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD)
Acto:	ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD)
Base Gravable:	$ 36.795.000
Fecha Pago:	10/02/2026
Monto Pagado:	$ 920.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20260517, CONTRATO SECOP: 20260517
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

INFORME DE GESTIÓN

Reporte de gestión del cumplimiento y ejecución de actividades del contrato N°20260517 de prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB.

Barranquilla, Atlántico
Abril de 2026

BARRANQUILLA, ATLÁNTICO:
Sede Plaza de la Paz: Carrera 45 No. 48-31
Sede Centro Histórico: Calle 42 No. 45-22
Sede Posgrados: Carrera 58 No. 68-73
NIT: 802.011.065-5

SOLEDAD, ATLÁNTICO:
Campus Soledad: Calle 18 No. 39-100
E-mail: pqr@unibarranquilla.edu.co
PBX.: +57 (60) (05) 311 2370
EXT. 203 - 204 Solo FAX

INFORME DE GESTIÓN CONTRATO No. 20260517

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Realizar análisis financiero para evaluar la factibilidad de planes y proyectos, de acuerdo con las necesidades institucionales	Determinar la viabilidad económica y financiera de iniciativas institucionales antes de su ejecución, minimizando riesgos financieros y asegurando que los recursos se destinen a proyectos sostenibles y alineados con los objetivos estratégicos.
Recopilar y revisar información financiera con el fin de validar el cumplimiento de los objetivos institucionales establecidos por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Verificar que la gestión financiera se desarrolle conforme a las metas y lineamientos institucionales, permitiendo detectar desviaciones oportunamente y ajustar estrategias para mantener el rumbo financiero esperado.
Proporcionar apoyo en la realización de estudios, evaluaciones desde el área financiera, preparación y compilación de informes periódicos, mensuales que sean solicitados de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Generar insumos técnicos y documentales que faciliten la toma de decisiones informadas, el seguimiento de indicadores financieros y la rendición de cuentas ante instancias internas y externas.
Ejecutar seguimiento y control de los programas y proyectos de la para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Monitorear de manera continua el avance y la ejecución presupuestal de los proyectos, identificando desviaciones y proponiendo acciones correctivas que garanticen el logro de los resultados comprometidos.
Apoyar en la revisión, consolidación de facturas y cuentas de cobro asociadas al proceso de la Vicerrectoría Administrativa y financiera.	Asegurar que los documentos de soporte financiero sean completos, coherentes y cumplan con los requisitos legales y administrativos, facilitando el proceso de pago y reduciendo el riesgo de inconsistencias contables..
Elaborar y redactar documentos necesarios para la ejecución correcta de los compromisos del proceso de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Formalizar acuerdos, solicitudes, reportes y comunicaciones oficiales que respalden la gestión administrativa y financiera, garantizando trazabilidad y soporte documental para auditorías y seguimientos.
Participar en la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad en los procesos de la dependencia.	Contribuir al mejoramiento continuo de los procesos administrativos y financieros mediante la aplicación de estándares de calidad, asegurando la eficiencia, eficacia y conformidad con las normativas institucionales y externas.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.493.849**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Bogotá, Enero / 27 de 2026

Señor (a): AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
CC. 1129493849
CL 87 9 M 16
BARRANQUILLA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2010, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 11 de febrero 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 AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS identificado(a) con C1129493849 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:C11294938492604240437

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 8742032062 , con fecha de apertura 17 de Mayo de 2019 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.129.493.849

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero de 2026 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 29 de enero de 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 [■] 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 [■]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [ ] 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 [■]

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 [■]

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 [■]

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.



AILYN DEL CARMEN DE LAS AGUAS BARRIOS
CC. N° 1.129.493.849