INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA

C.C 32.868.946 De Santo Tomas

VALOR DEL PAGO: $1.136.785 Un Millones Ciento Treinta Y Seis Mil Setecientos Ochenta Y Cinco Pesos M/L

PERIODO A CANCELAR: Primer pago - contrato 20251246

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión En La Institución Universitaria De Barranquilla - IUB

No. Contrato 20251246 No. **CDP.** 251008 **No. RP.** 253946

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: *0570026870108623 del banco Davivienda*

20 noviembre del 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255519 **Fecha:** 05/12/2025 **Hora:** 06:50:11
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251246 PRIMER PAGO
Anexos: 11
Remite: BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA
CC. 32.868.946 De Santo Tomas

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación rete fuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**20**	**de**	**Noviembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial X Parcial Final

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251246
Tipo de contrato:	Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión
Nombre de Contratista:	Belia María Maldonado Pedroza
Objeto del contrato: Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión En La Institución Universitaria De Barranquilla - Iub	

Valor del contrato:	**$ 4.850.283 Cuatro Millones Ochocientos Cincuenta Mil Doscientos Ochenta Y Tres Pesos M/L**			**RP Número:**	**253946**
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	VICERRECTORÍA ACADÉMICA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**11/11/2025**		**Fecha de finalización:**	**19/12/2025**
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:	

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: $ 1.136.785	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20251246**

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%**	$ CERTIFICADO	CERTIFICADO
Pensión	**16%**	$ CERTIFICADO	CERTIFICADO
ARL		$ CERTIFICADO	CERTIFICADO

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

CONTRATO		**20251246**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 4.850.283**	**20250102998**	**$ 15.000**	**11/11/2025**
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):	Betty Luz Garizabalo Pérez		
Por parte del contratista:	Belia María Maldonado Pedroza		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina De Bienestar Institucional**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9: 00 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00 AM**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica.	Se apoya como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica.
2. Apoyar como auxiliar de enfermería en las actividades de valoración de deportistas y artistas.	Se apoya como auxiliar de enfermería en las actividades de valoración de deportistas y artistas.
3. Apoyar en la planeación y ejecución de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes.	Se apoya en la planeación y ejecución de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes.
4. Apoyar en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones)	Se apoya en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones)

5. Apoyar como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas.	Se apoya como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas.
6. Realizar informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida.	Se realizó el informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida.
7. Apoyar como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes.	Se apoya como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes.
8. Apoyar en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes.	Se apoya en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes.
9. Realizar retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente.	Se realizó retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente.
10. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida.	Se Aplica la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida.
11. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.	Se apoya en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.
12. El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.	El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.
13. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	se asistió a las reuniones que convoco el supervisor del contrato.
14. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.	Se Cumplo con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad 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: 4.5

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

Fecha de la próxima reunión	**26**	**De**	**noviembre**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20)				
veinte	días del mes de	noviembre	de	2025

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA
Contratista

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Belia Maria Maldonado Pedroza, identificado(a) con CC número 32868946, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32868946
NOMBRES Y APELLIDOS	Belia Maria Maldonado Pedroza
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/12/1978
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	27/10/2000
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	214 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	22/10/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 32868946 Trabajador Independiente
Desde 08/10/2025 - Vigente

Generado por interfaces 12/11/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MALDONADO PEDROZA BELIA MARIA** identificado(a) con **CC** número **32.868.946** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de marzo de 2011 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de noviembre de 2025.

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/**

Medellín, 28 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA identificado(a) con C32868946 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:C328689462533244139

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13



MiÃ©rcoles, 26 de Noviembre de 2025

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250102998**
Fecha Emisión:	11/11/2025
Identificación:	32868946
Declarante:	BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 4.850.283
Fecha Pago:	11/11/2025
Monto Pagado:	$ 15.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251246, CONTRATO SECOP: 20251246
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **04/11/2025**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **32868946**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570026870108623**
Fecha de apertura	**27/07/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 11 de noviembre de 2025

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

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]

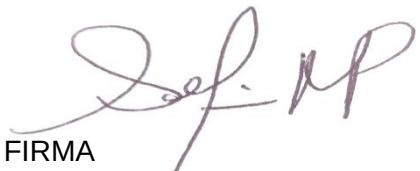
4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

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 18v19 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
BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA
C.C. No 32868946