INSTITUCIÒN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
C.C.1.047.432.032 de Cartagena

VALOR DEL PAGO MENSUAL: ocho millones quinientos sesenta mil Pesos Moneda Legal M/L ($ 8.560.000)

PERIODO DEL CONTRATO: Cuarto pago contrato 20260372

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB.

NÚMERO DEL CONTRATO: 20260372

NÚMERO DEL CDP: 260377

NÚMERO DEL RP: 260205

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: Bancolombia ahorros 49514397766

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Barranquilla,20 de Abril de 2026.

Kevin Brid

KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
C.C. 1.047.432.032 Cartagena

CEL +57 3006001310 correo:kevinbrid242@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022243 **Fecha:** 27/04/2026 **Hora:** 14:47:25
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260372 CUARTO PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	**20**	**de**	**Abril**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __Parcial x___Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260372
Tipo de contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valordel contrato:	**$42.800.000**			**RP Número:**	**260205**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centrode Costo:**	**Prestación de servicios**
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**	**23/01/2026**		**Fecha de finalización:**	**31/05/202**
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:		**ValorTotal Del Contrato**		**RP Número:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centrode Costo:**	
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fechade reinicio:**	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: ocho millones quinientos sesenta mil pesos moneda legal ($8.560.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Cuarto pago contrato** 20260372

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				
ResponsabilidadCivil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTECORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$430.100	MARZO
Pensión	**16%**	$550.500	MARZO
ARL		$18.000	MARZO

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

CONTRATO		20260372		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 42.800.000**	**20260019280**	**$ 128.000**	**2/02/2026**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$ 42.800.000**	**20260019285**	**$ 1.070.000**	**2/02/2026**
Estampilla Pro Cultura	**$42.800.000**	**20260019284**	**$ 214.000**	**2/02/2026**
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):	WENDY VILLARREAL ESPRIELLA		
Por parte del contratista:	KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA ASESORA DE PLANEACION**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10 AM**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Realizar seguimiento tecnico de las actividades académicas y administrativas del desarrollo del proyecto IUB a tu territorio (Jóvenes para el mundo) en la sede asignada.	Realizo seguimiento de las actividades académicas y administrativas del desarrollo del proyecto IUB a tu territorio (jóvenes para el mundo) en la sede de campo de la cruz verificando que se impartan las clases en los grupos asignados, validando la asistencia de los docentes y 430 estudiantes pertenecientes a la institución para el periodo académico 2025-3
2.brindar apoyo en la atención y orientación al usuario y suministrar información que le sea solicitada de conformidad con los procedimientos y lineamientos establecidos en el proceso	Se brindo atención y orientación a los estudiantes sumistrando información que le sea solicitada como inquietudes acerca de los horarios de clase información de bienestar institucional y a su vez direccionándolos según los procedimientos establecidos por la institución

4.Apoyar en la identificación de las necesidades de los recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto	Durante el periodo académico se identificaron varias necesidades de los recursos e información IUB al territorio jóvenes para el mundo en la sede campo de la cruz las cuales fueron socializadas con la coordinación y así garantizar la correcta ejecución de las actividades.
5.Apoyar en la recepción, revisión, clasificación, distribución y control de documentos, datos y correspondencia relacionados con el proyecto.	Durante el desarrollo de las jornadas educativas , se realiza recorrido por los salones donde se imparten las clases, y se toma asistencia tanto de los estudiantes y los docentes que asisten diariamente a la institución para luego enviar las evidencias al coordinador y así llevar el control de la información
6. Prestar apoyo en la realización de informes estadísticos solicitados en el desarrollo de las actividades administrativas en el proyecto asignado	Presto apoyo en la realización de informes estadísticos solicitados en el desarrollo de las actividades administrativas en el proyecto IUB AL TERRITORIO jóvenes para el mundo sede campo de la cruz
7. Apoyar en la realización de informes de seguimiento del proyecto asignado, consolidando toda la información pertinente que dé respuesta al cumplimiento de las obligaciones por parte de la institución	Se llevaron a cabo actividades conjuntas con el área de psicología en la institución promoviendo el trabajo en equipo , la sana convivencia y bienestar emocional se atendieron los requerimientos de los estudiantes que participarn de la actividad.
8. Apoyar en la revisión y el seguimiento de los diferentes tramite administrativos requeridos en los procesos de contrataciones o adquisiciones correspondientes al proyecto asignado	Apoyo en la revisión y seguimiento de los diferentes tramites administrativos requeridos en los procesos de contrataciones o adquisidores correspondientes al proyecto IUB Al TERRITORIO

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 los (20)				
veinte	días del mes de	Abril	de	2026

WENDY VILLARREAL ESPRIELLA
Supervisor

KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla,23 enero 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 [ ] 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.

Firma:

Kevin Brid

KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
C.C. 1.047.432.032 de Cartagena.

Certificación Bancaria

Martes, 20 enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS identificado(a) con CC 1047432032, 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 Ahorros / A la mano	49514397766	2013-10-11	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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS
No. Identificación: CC1047432032
Dirección: CARTAGENA
Telefono: 3006001310
Correo: kevin242@gmail.com
Ciudad: CARTAGENA DE INDIAS
Número de Planilla: 8375289470

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1047432032	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2026
Número de planilla	8375289470	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2026
Fecha pago	2026-04-17	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	75289470	**Total Pagado**	998600
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	4800

PAGADA
8375289470

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	18000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	550500	1
EPS010	EPS Sura	430100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1047432032
APELLIDOS Y NOMBRES: KEVIN ASDRUBAL BRID CABARCAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	230201	3424000	3424000	3424000	0	428000	0	547900	0	17900	0

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