INSTITUCIÒN UNIVERSITARIADE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA
C.C. 1.047.447.891 de Cartagena

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Seis millones doscientos ochenta y dos mil Pesos Moneda Legal M/L ($ 6.282.000)

PERIODO DEL CONTRATO: Cuarto pago contrato 20260362

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

NÚMERO DEL CONTRATO: 20260362

NÚMERO DEL CDP: 260366

NÚMERO DEL RP: 260282

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: DAVIVIENDA cuenta de ahorros 0570057170058259

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

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022234 **Fecha:** 27/04/2026 **Hora:** 11:32:55
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260362 CUARTO PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA
Destino: MELISSA DAVID DIAZ



JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA
C.C. 1.047.447.891 De Cartagena

CEL +57 3015468232 correo:jaimemunerav@gmail.com

Fecha:	**20**	**de**	**abril**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial Parcial x___Final

INFORMACIÓNGENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260362
Tipode contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB	

Valordel contrato:	**$27.640.800**			**RP Número:**	**260282**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centrode Costo:**	**PRESTACIÓNDE SERVICIOS**
Plazodel contrato:	**Fechade inicio:**	**25/01/2026**		**Fecha de finalización:**	**31/05/2026**
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicionalal contrato número:	
Tipode contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

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

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: Seis millones doscientos ochenta y dos mil Pesos Moneda Legal M/L ($ 6.282.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Cuarto pago contrato** 20260362

GARANTÍASCONSTITUIDAS 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%**	$ 314.100	MARZO
Pensión	**16%**	$ 402.100	MARZO
ARL		$13.200	MARZO

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

CONTRATO		20260362		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fechade Pago**
Estampilla ITSA	**$27.640.800**	**20260016158**	**$ 83.000**	**29/01/2026**
EstampillaPro– Dotación (Tercera Edad)	**$27.640.800**	**20260016219**	**$ 691.000**	**29/01/2026**
Estampilla Pro Cultura	**$27.640.800**	**20260016205**	**$ 138.000**	**29/01/2026**
Bono al Deporte				

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fechade Pago**
Estampilla ITSA				
EstampillaPro– Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte				

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fechade 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:	JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA		
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**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Realizar seguimiento 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 asignada
2.Apoyar 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	Apoyo en la atención y orientación al usuario sumistrando información que le sea solicitada de conformidad con los procedimientos y lineamientos establecidos en el proceso

4.Apoyar en la identificación de las necesidades de los recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto	Apoyo en la identificación de las necesidades de los recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto
5.Apoyar en la recepción, revisión, clasificación, distribución y control de documentos, datos y correspondencia relacionados con el proyecto.	Apoyo en la recepción, revisión,clasificación,distribución y control de documentos, datos y correspondencia relacionados con el proyecto.
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 asignado
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	Apoyo 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.
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.

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 O Interventor

JAIMEISAAC MUNERA VILLALBA
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 25 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 [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]

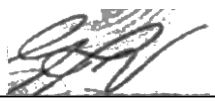
4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

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.



JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA
C.C. 1.047.447.891 de Cartagena

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CARTAGENA DE INDIAS, BOLIVAR,
COLOMBIA,
A quien interese

30/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047447891**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570057170058259**
Fecha de apertura	**19/01/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Señor(a): JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA
No. Identificación: CC1047447891
Dirección: CALLE 9 NO 18-123 GALAPA
Telefono: 3024613806
Correo: jaimemn173@gmail.com
Ciudad: BARRANQUILLA
Número de Planilla: 8375288896

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1047447891	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2026
Número de planilla	8375288896	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2026
Fecha pago	2026-04-17	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	75288896	**Total Pagado**	729400
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8375288896

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	13200	1
230301	Porvenir	402100	1
EPS010	EPS Sura	314100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1047447891
APELLIDOS Y NOMBRES: JAIME ISAAC MUNERA VILLALBA

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	230301	2512800	2512800	2512800	0	314100	0	402100	0	13200	0

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