INSTITUCIÒNUNIVERSITARIADE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
C.C.1.047.434.186 de Cartagena

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Siete Millones Trescientos Cincuenta Y Nueve Mil Pesos Moneda Legal M/L ($ 7.359.000)

PERIODO DEL CONTRATO: Cuarto pago contrato 20260367

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

NÚMERO DEL CONTRATO: 20260367

NÚMERO DEL CDP: 260372

NÚMERO DEL RP: 260110

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: DAVIVIENDA 0550488402436767

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

Lorena Cabrales Pinedo

LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
C.C. 1.047.434.186 Cartagena

CEL +57 3007207018 correo: eventosjl7@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022238 **Fecha:** 27/04/2026 **Hora:** 14:34:10
Asunto: CUENTA DE COBRO 2026067 CUARTO PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	20	de	Abril	de	2026

Acta de recibo Inicial Parcial x____Final _

INFORMACIÓNGENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260367
Tipode contrato:	Prestacióndeservicios Profesionales
Nombrede Contratista:	LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valordel contrato:	**$36.795.000**			**RP Número:**	**260110**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centrode Costo:**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Plazodel contrato:	**Fechade inicio:**	**20/1/2026**		**Fecha de finalización:**	**31/5/2026**
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fechade suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓNADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicionalalcontrato número:	
Tipode contrato:	
Nombrede Contratista:	
Objeto del contrato:	

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

INFORMACIÓNDEL PAGO	
ValoraPagar Parcial: Siete Millones Trescientos Cincuenta Y Nueve Mil Pesos moneda legal ($7.359.000)	
Periodoal quecorrespondeel pago:	**Cuarto pago contrato** 20260367

GARANTÍASCONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA(las solicitadas en el contrato):				
Amparos	**Aseguradora**	**No de Póliza**	**Vigencia**	
			Desde (dd-MM-yyyy)	**Hasta (dd-MM-yyyy)**
Calidaddel servicio				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidadycorrecto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salariosyprestaciones				
ResponsabilidadCivil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES(Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTECORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$368.000	MARZO
Pensión	**16%**	$471.000	MARZO
ARL		$15.400	MARZO

CERTIFICACIÓNAPORTESPARAFISCALES REVISORFISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) **Fecha (dd/mm/aaaa)**	

CONTRATO		20260367		
PAGODE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**ValorPagado**	**Fechade Pago**
Estampilla ITSA	**$ 36.795.000**	**20260015343**	**$ 110.000**	**29/1/2026**
EstampillaPro–Dotación (Tercera Edad)	**$ 36.795.000**	**20260015373**	**$ 920.000**	**29/1/2026**
EstampillaPro Cultura	**$ 36.795.000**	**20260015361**	**$ 184.000**	**29/1/2026**
Bono al Deporte				

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGODE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**ValorPagado**	**Fechade Pago**
Estampilla ITSA				
EstampillaPro–Dotación (Tercera Edad)				
EstampillaPro Cultura				
Bono al Deporte				

PAGODE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N°Recibo Pago**	**ValorPagado**	**Fechade Pago**
EstampillaPro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
EstampillaPro-Hospital Universitario CARI			
EstampillaPro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
EstampillaPro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTESA LA REUNIÓN

Interventor(es)o Supervisor (es):	WENDY VILLARREAL ESPRIELLA		
Porparte del contratista:	LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO		
Lugardonde se realiza la reunión	**OFICINAASESORADE PLANEACION**		
Horade inicio (a.m./p.m.)	9 AM	**Horade finalización (a.m./p.m.)**	**10 AM**

VERIFICACIÓNDEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/OACTIVIDADES CONTEMPLADAS ENEL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Realizar seguimiento de las actividades académicas y administrativas del desarrollo del proyecto.	Se realizo revisión de listados de asistencia, de estudiante y docentes del proyecto IUB al Barrio del IED Marco Fidel Suarez de los programas de tecnología en gestión administrativa, seguridad y salud en el trabajo, procesos industriales, Apoyo en capacitaciones a estudiantes que tienen dudas referentes a los beneficios del programa
2.Apoyar en la atención y orientación al usuario y suministrar información que le sea solicitada de conformidad con los procedimientos y lineamiento establecidos en el proceso.	Se brindo apoyo en la atención y orientación a los estudiantes del proyecto IUB al Barrio IED Marco Fidel Suarez suministrándoles información requerida acerca de los programas que se desarrollan en la universidad de conformidad con los procedimientos establecidos

3. Apoyar en la aplicación de pruebas e instrument para la recolección de datos o información requerida en proyecto según los procedimientos yo lineamiento establecidos en el proceso	Se brindo apoyo en la aplicación de pruebas y encuestas a través de formularios digitales de formas para la recolección de información requerida, del proyecto IUB al Barrio IED Marco Fidel Suarez
4.Apoyar en la identificación de las necesidades de l recursos e información para la ejecución de la actividades del proyecto.	Realizamos un diagnóstico inicial y continuo de necesidades técnicas, logísticas y humanas requeridas para el cumplimiento de las actividades del proyecto IUB al Barrio institución Marco Fidel Suarez revisando que los salones donde se imparten las clases se encuentren en estado optimo para el desarrollo de estas.
5.Apoyar en la recepción, revisión, clasificación distribución y control de documentos, datos correspondencia relacionados con el proyecto	Se realizo revisión, clasificación, distribución y control de documentos, listado de asistencia tanto de docentes como de estudiantes del proyecto IUB al Barrio de la Institucion Marco Fidel Suarez de los distintos programas técnicos y tecnológicos que se desarrollan en esta.
6. Prestar apoyo en la realización de informes estadísticos solicitados en el desarrollo de las actividades administrativas en el proyecto asignado	Se realizo entrega de informes de gestión, en cuanto al avance de actividades, y resultados obtenidos del proyecto IUB al Barrio institución Marco Fidel Suarez, los cuales fueron entregados a los responsables del proyecto para su análisis y toma de decisiones
7. Apoyar en la realización de informes de seguimiento del proyectoasignado, consolidandotoda la información pertinente que dé respuesta al cumplimiento de las obligaciones por parte de la institución.	Se consolidaron datos, evidencias de las clases impartidas actividades de bienestar realizadas a los estudiantes y resultados que permitieron elaborar informes de seguimiento, del proyecto IUB al Barrio de la institución Educativa Marco Fidel Suarez los cuales fueron presentados conforme a los lineamientos institucionales
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.	Se realizó el seguimiento a los trámites administrativos de adquisiciones y contratación docentes y personal de mantenimiento garantizando la correcta ejecución de los procedimientos internos, del proyecto IUB alBarrio en la institución Marco Fidel Suarez de acuerdo con la normatividad vigente.

EVALUACIÓNALPROVEEDORO CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONESAEVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimientoal objeto del contrato					x
Calidaddelas especificaciones del bien oservicio					x
Cumplimientode la entrega					x
Atencional clienteporpartedel contratista					x

Calificación proveedor o contratista: _5.0_____

COMPROMISOSADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA OSUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fechade 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

LORENA P. CABRALES PINEDO
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 20 Enero de 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:



LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
C.C. 1.047.434.186 de Cartagena.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

CARTAGENA DE INDIAS, BOLIVAR,
COLOMBIA,

30/01/2026

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LORENA PINEDO CABRALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1047434186**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488402436767**
Fecha de apertura	**23/11/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Señor(a): LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
No. Identificación: CC1047434186
Dirección: BRR MARIA VALERIA II MZ 83 CA A
Telefono: 3007207018
Correo: lpcp_90@hotmail.com
Ciudad: CARTAGENA DE INDIAS
Número de Planilla: 8375289887

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO
Tipo y número de identificación	CC1047434186
Número de planilla	8375289887
Fecha pago	2026-04-17
Número de autorización pago	75289887
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	854400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	15400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	471000	1
EPS010	EPS Sura	368000	1

8375289887

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1047434186
APELLIDOS Y NOMBRES: LORENA PATRICIA CABRALES PINEDO

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	2943600	2943600	2943600	0	368000	0	471000	0	15400	0

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