INSTITUCIÒNUNIVERSITARIADE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
C.C.45.540.650 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 20260369

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

NÚMERO DEL CONTRATO: 20260369

NÚMERO DEL CDP: 260374

NÚMERO DEL RP: 260140

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: DAVIVIENDA 0570057770045615

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

Liliana M. Melendez

LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
C.C. 45.540.650 Cartagena

CEL+57 3173791131 Correo:ilianamargarita20@hotmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022240 **Fecha:** 27/04/2026 **Hora:** 14:38:06
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260369 CUARTO PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

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

Acta de recibo Inicial __Parcial x__Final _

INFORMACIÓNGENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260369
Tipode contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Nombrede Contratista:	LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB	

Valordel contrato:	**$36.795.000**			**RP Número:**	**260140**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centrode Costo:**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Plazodel contrato:	**Fechade inicio:**	**21/01/2026**		**Fecha de finalización:**	**31/05/2026**
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	
Valor a Pagar Parcial: Siete Millones Trescientos Cincuenta Y Nueve Mil Pesos Moneda Legal ($7.359.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Cuarto pago contrato** 20260369

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%**	$368.500	MARZO
Pensión	**16%**	$471700	MARZO
ARL		$15.500	MARZO

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

CONTRATO		20260369		
PAGODE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fechade Pago**
Estampilla ITSA	**$ 36.795.000**	**20260015636**	**$ 110.000**	**29/01/2026**
EstampillaPro–Dotación (Tercera Edad)	**$ 36.795.000**	**20260015641**	**$ 920.000**	**29/01/2026**
EstampillaPro Cultura	**$ 36.795.000**	**20260015640**	**$ 184.000**	**29/01/2026**
Bono al Deporte				

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

PAGODE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**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:	LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ		
Lugardonde se realizala reunión	**INSTIUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILA- IUB**		
Horade inicio (a.m./p.m.)	9 AM	**Horade finalización (a.m./p.m.)**	**10 AM**

VERIFICACIÓNDEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS ENEL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Realizar seguimiento de las actividades académicas y administrativas del desarrollo del proyecto.	Se realizaron actividades académicas y administrativas
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 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 instrumentos 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 a través de formularios digitales de formas para la recolección de información requerida, según los lineamientos establecidos.
4.Apoyar en la identificación de las necesidades de lo recursos e información para la ejecución de las actividades del proyecto.	Se realizó un diagnóstico inicial y continuo de necesidades técnicas, logísticas y humanas requeridas para el cumplimiento de las actividades del proyecto, facilitando la planeación y gestión efectiva de los recursos
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.
6. Prestar apoyo en la realización de informes estadísticos solicitados en el desarrollo de las actividades administrativas en el proyecto asignado	Se elaboraron informes estadísticos periódicos sobre indicadores de gestión, avance de actividades, y resultados obtenidos, 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 y resultados que permitieron elaborar informes de seguimiento, los cuales fueron presentados conforme a los lineamientos institucionales, reflejando el cumplimiento de los objetivos del proyecto.
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, garantizando la correcta ejecución de los procedimientos internos, en articulación con las áreas responsables y de acuerdo con la normatividad vigente.

EVALUACIÓNAL PROVEEDORO 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
Cumplimientoal objeto del contrato					x
Calidadde las especificaciones del bien oservicio					x
Cumplimiento de la entrega					x
Atenciónal cliente por partedel contratista					x

Calificación proveedor o contratista: _5.0_____

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
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

LILIANA M. MELENDEZ PEREZ
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 21 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:

Liliana M. Melendez

LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
C.C. 45.540.650 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 LILIANA MARGARITA MELENDEZ PERES** con **Cédula de Ciudadanía** número **45540650**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570057770045615**
Fecha de apertura	**24/02/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Señor(a): LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
No. Identificación: CC45540650
Dirección: URB SANTA CLARA MZ X 1 LT 13
Telefono: 3173791131
Correo: ilianamargarita20@hotmail.com
Ciudad: CARTAGENA DE INDIAS
Número de Planilla: 8375289562

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ
Tipo y número de identificación	CC45540650
Número de planilla	8375289562
Fecha pago	2026-04-17
Número de autorización pago	75289562
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	855700
Total Intereses de Mora	1300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	15500	1
230301	Porvenir	471700	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	368500	1

8375289562

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 45540650
APELLIDOS Y NOMBRES: LILIANA MARGARITA MELENDEZ PEREZ

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
ESSC07	230301	2943600	2943600	2943600	0	368000	0	471000	0	15400	0

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