

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	RECIBO A SATISFACCIÓN	Cód. Doc.	FT-CO-004
		Versión	5
		Fecha	22/06/2021
		Página	1 de 1

RECIBO A SATISFACCIÓN			
FECHA DE ENTREGA PARA PAGO		13/03/2026	
PARCIAL	X	TOTAL	

PROVEEDOR	CARLOS RAFAEL FIGUEROA DÍAZ		
NIT	73167314		
NÚMERO DE CONTRATO	107		
FECHA CONTRATO	26/01/2026		
OBJETO CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR Y EJECUTAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LA INSTITUCION UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA		
DURACIÓN INICIAL	6 Meses		
PRORROGA	N/A		
VALOR CONTRATO	\$27,606,000		
VALOR ADICIONADO	\$0		
VALOR TOTAL	\$27,606,000		
SALDO EJECUTADO	\$4,601,000		
SALDO POR EJECUTAR	\$23,005,000		
ORDENES DE PEDIDO	N/A		
PERIODO DE PAGO	Del 2026-01-26 al 2026-02-25		
No. DE CUOTAS EJECUTADAS	1		
No. DE CUOTAS POR PAGAR	5		
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)	7		
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP)	253		
DOCUMENTOS ANEXADOS PARA PAGO	X	Certificación aporte de seguridad social y parafiscales y/o último pago de salud y pensión	
	X	Evidencia del seguimiento realizado por el supervisor	

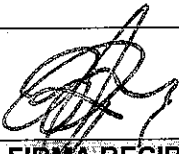
INFORME SUPERVISION
Que el CONTRATISTA cumplió con las obligaciones establecidas en el contrato, desde el Del 2026-01-26 al 2026-02-25, por valor de \$4,601,000, como consta en el informe de actividades. Que el contratista cumplió con todas las obligaciones y se encuentra a paz y salvo con los conceptos correspondientes a seguridad social integral por lo tanto se recibe a satisfacción los trabajos realizados y contratados.
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR.
MALO ☐ REGULAR ☐ BUENO ☐ EXCELENTE ☐
NOTA: este contrato no ha sido cedido, igualmente no se ha realizado cesión de derechos económico

En virtud de la cláusula de pago estipulada en la copia del contrato, y en virtud del inciso 1 del numeral 15 del artículo 2 de la ley 80 de 1993 que a su texto enuncia

P

“Las autoridades no exigirán sellos, autenticaciones, documentos originales o autenticados, reconocimientos de firmas, traducciones oficiales, ni cualquier otra clase de formalidades o exigencias rituales, salvo cuando en forma perentoria expresa lo exijan leyes especiales”

Se tramita para pago la correspondiente cuenta toda vez que se cumplió en el término estipulado el objeto contractual.

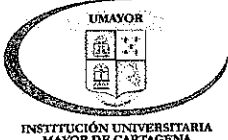
	VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
FIRMA RECIBIDO	CARGO

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME ACTIVIDADES	Cód. Doc.	FT-CO-007
		Versión	4
		Fecha	19/12/2025
		Página	1 de 5

Nota: Las líneas en grises son las instrucciones del diligenciamiento del formato.

Número de contrato:	No.107-2026
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ☒
	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ☐
Nombre del Contratista:	CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR Y EJECUTAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA -
Fecha Firma Contrato:	26 DE ENERO DE 2026
Fecha de Inicio:	26 DE ENERO 2026
Valor del contrato:	\$ 27.606.000
Plazo:	6 MESES
Fecha terminación contrato:	25/07/2026 PM
Periodo de ejecución:	DESDE: 26/01/2026 HASTA: 25/02/2026
Informe número:	Informe No. 1
Nombre y cargo del supervisor	RALDO MANUEL GRANADOS BRACAMONTE (VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO)

Obligaciones específicas	Actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones del contratista
Relacione las obligaciones específicas señaladas en el contrato -obligaciones del contratista-	Relacione las actividades o gestiones realizadas durante el periodo para el cumplimiento de cada una de las obligaciones o entregables
1-dar a conocer la misión, visión, valores, y objetivos estratégicos de la institución universitaria, familiarizarse con la estructura organizacional	
2-Realizar la redacción de comunicados de prensa.	
3-establecer relaciones con medios de comunicación para asegurar una cobertura mediática positiva de las actividades y logros de la U mayor.	
4-Realizar la coordinación y organización de conferencias de prensa y eventos mediáticos.	
5-Realizar la medición y evaluación de las estrategias y tácticas de comunicación	
6-Realizar encuestas y focus groups con diferentes públicos para obtener retroalimentación acerca de la imagen y posicionamiento de la marca U mayor	
7-Realizar la organización de sesiones de capacitación interna para el personal de la universidad.	

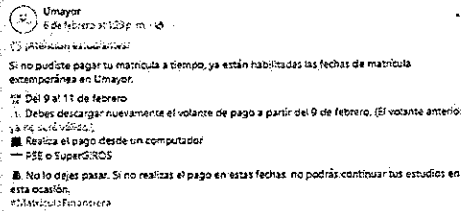
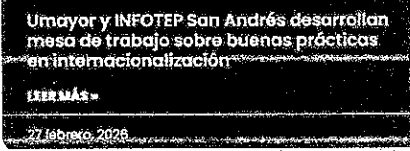
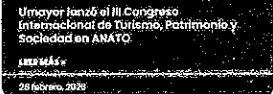
	INFORME ACTIVIDADES	Cód. Doc.	FT-CO-007
		Versión	4
		Fecha	19/12/2025
		Página	2 de 5

Nota: Las líneas en grises son las instrucciones del diligenciamiento del formato.

Producto y/o Soportes y/o ruta electrónica: Relacione los soportes y evidencias del desarrollo de cada una de las actividades (actas, documentos oficios, imágenes, respuestas, correos, listas de asistencia, o link de ubicación o url, entre otros).

Nota: por cada una de las actividades realizadas, debe agregar las evidencias y señalarlas o adjuntarlas al presente informe, para lo cual debe agregar la obligación específica, a que actividad realizada se refiere y abajo adjuntar la evidencia En cada una de l

1. Obligaciones específicas:
- 1.1 Actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones del contratista
- 1.1.1. Evidencia

1- dar a conocer la misión, visión, valores, y objetivos estratégicos de la institución universitaria, familiarizarse con la estructura organizacional	 
2- Realizar la redacción de comunicados de prensa..	 
3-establecer relaciones con medios de comunicación para asegurar una cobertura mediática positiva de las actividades y logros de la U mayor.	3. Establecer relaciones con medios de comunicación para asegurar mediática positiva de las actividades y logros de la U mayor.  

	INFORME ACTIVIDADES	Cód. Doc.	FT-CO-007
		Versión	4
		Fecha	19/12/2025
		Página	3 de 5

Nota: Las líneas en grises son las instrucciones del diligenciamiento del formato.

4-Realizar la coordinación y organización de conferencias de prensa y eventos mediáticos	
5 Realizar la medición y evaluación de las estrategias y tácticas de comunicación	No se realizó en el periodo
6-Realizar encuestas y focus groups con diferentes públicos para obtener retroalimentación acerca de la imagen y posicionamiento de la marca U mayor	No se realizó en el periodo

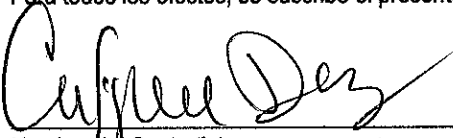
 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA	INFORME ACTIVIDADES	Cód. Doc.	FT-CO-007
		Versión	4
		Fecha	19/12/2025
		Página	4 de 5

Nota: Las líneas en grises son las instrucciones del diligenciamiento del formato.

7-Realizar la organización de sesiones de capacitación interna para el personal de la universidad.



Para todos los efectos, se suscribe el presente informe el día 11 del mes de 03 del año 2026.


Nombre del Contratista
C.C. 75167314 @m

Nota: El informe debe estar fechado y firmado por el contratista, indicando: Día, mes y año de suscripción. Nombre completo del contratista. Número de cédula de ciudadanía. La firma certifica que la información reportada es veraz y corresponde a actividades efectivamente ejecutadas.

Cartagena de Indias D.T Y C, 11 de marzo de 2026

Señor:

Institución Universitaria Mayor de Cartagena
Cartagena – Bolívar

Ref. Certificación de no declarante.

Yo **CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ**, identificado (a) con cedula de ciudadanía 73.167.314, expedida en Cartagena (Bolívar), obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad de juramento los siguientes hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

1. Que cumplo con las condiciones previstas en el estatuto tributario para pertenecer a la categoría de "EMPLEADO" en los términos en que lo define el artículo 329 del E.T considerando que mis ingresos provienen en un ochenta por ciento (80%) de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza.

2. Que los pagos a recibir sé en marcaron dentro de la categoría (ii) del artículo primero del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho artículo.

1. Que, respecto del año gravable anterior, tengo la condición de

Declarante ()

No declarante (X)

2. Que respecto del año gravable anterior mis ingresos totales, SI () NO (X) fueron iguales o superiores a \$73.323.600

3. Que informar oportunamente sobre cualquier cambio en el origen proporcional de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a los 09 días del mes de febrero de 2026.



CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ
C.C. N° 73.167.314

CUENTA DE COBRO
LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA MAYOR DE CARTAGENA
NIT. 890.480.054-5

Debe a:
CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ ✓

CUATRO MILLONES SEICIENTOS SESENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ✓
\$4.601.000 ✓

Por concepto de:
OBJETO DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR Y EJECUTAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACION DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSTARIA MAYOR DE CARTAGENA de acuerdo a Contrato N° 107-2026, en el periodo comprendido entre 26 de enero al 25 de febrero de 2026. ✓

CDP:07-2026 ✓

RP: 253-2026 ✓

Cartagena, 11 de marzo 2026

Atentamente,


CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ
C.C. 73167314

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73167314		FIGUEROA DIAZ CARLOS RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TORRES DE CAJAS AV SANTANDER	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pension	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2026-01	2026-01	83314931		9498051044		I	2026/02/04	2026/01/23 BANCO DE OCCIDENTE	\$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSA PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																							
1	CC 73167314	FIGUEROA CARLOS	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900	
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$218,900	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73167314		FIGUEROA DIAZ CARLOS RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TORRES DE CAJIS AV SANTANDER	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2026-01	83211953		9488061044	1		2026/02/04	2026/01/23 BANCO DE OCCIDENTE	\$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESE MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	906,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SALUD TOTAL	EP 5002	800,130,507	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Secursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73167314	FIGUEROA DIAZ CARLOS RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TORRES DE CADIS AV SANTANDER	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2026-01	74267464	9501379223	N	2026/02/04	2026/03/13	36	\$26,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Subtotal: 203102000 (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
					\$89,495	\$14,300			\$89,495	\$14,300			\$89,495	\$14,300			\$89,495	\$14,300			\$89,495	\$14,300	
Ciudad: CARTAGENA Depdo: BOLIVAR (1 Afiliados)																							
1	CC 73167314	FIGUEROA CARLOS	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5002	30	\$1,750,905	\$28,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
2	CC 73167314	FIGUEROA CARLOS	25-14	30	\$1,840,400	\$294,500	EP5002	30	\$1,840,400	\$230,100			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$89,495	\$14,300			\$89,495	\$14,300			\$0	\$0			\$89,495	\$500			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e (ICBF)	Nº
CC 73167314		FIGUEROA DIAZ CARLOS RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TORRES DE CADIZ AV. SANTIAGO	CARTAGENA-BOLIVAR	5555555		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Planilla	Limite	Fecha
2024-01	2024-01	74567464	9501379223	N				2026/02/04	2026/03/13
									BANCO DE OCCIDENTE
									36
									Valor
									\$26,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERES MORA	SALDO E INCAPACIDADES	VALOR PAGAR	

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$14,300	\$400	\$0	\$14,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$500	\$100	\$0	\$600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$11,200	\$300	\$0	\$11,500	
TOTAL					\$26,000	\$800	\$0	\$26,800	

tipo de documento

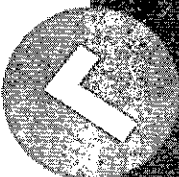
cedula de ciudadanía

tipo de documento

TIPO DE

EPS

SAUDITOPAL



Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.

Aceptar



NOSE VUELTA



Verificar planilla

Bogotá, Enero / 6 de 2026



Señor (a): CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ
CC. 73167314
PJ DE BOLIVAR CRA17 CL 34 242
CARTAGENA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 1 de 2009, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharle es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ identificado con CC. 73167314 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón		INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013)	
Tipo y Número de Documento		NI - 899999995	

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/01/29	Fecha inicio contrato	2025/01/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2025/04/08
Riesgo	1	Código actividad económica	1941201 - ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES PROFESIONALES, INCLUYE ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES DE
Estado afiliación	Inactivo		
Fecha retiro	2025/04/08	Estado del contrato	Retirado

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC11032026C73167314F13111284**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,
Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nít. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



Informe Detallado del Fichero

19/Mar/26 07:34:09

BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ	056080353438	4.462.970,00	AUTORIZADO
Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000000731673140
Nombre:	CARLOS RAFAEL FIGUEROA DIAZ	E-mail:	
Dirección 1:	BOGOTA	Dirección 2:	
Forma de Pago:		Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0051 - BANCO DAVIVIENDA	Cuenta-Tarjeta:	056080353438
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	4.462.970,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	PAGO PRESTACION DE SERVICIOS	Concepto 2:	