INSTITUCIÒN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 5

DEBE A:

MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
C.C.1.143.363.831 de Cartagena

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Ocho millones de Pesos Moneda Legal M/L ($ 8.000.000)

PERIODO DEL CONTRATO: Cuarto pago contrato 20260358

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

NÚMERO DEL CONTRATO: 20260358

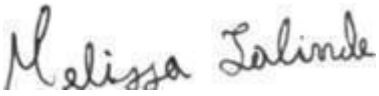
NÚMERO DEL CDP: 260362

NÚMERO DEL RP: 260105

NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR: Bancolombia ahorros 08537994909

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

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022231 **Fecha:** 27/04/2026 **Hora:** 11:28:01
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260358 CUARTO PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
Destino: MELISSA DAVID DIAZ



MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
C.C. 1.143.363.831 Cartagena

CEL +57 3217060056 correo:inyel2103@gmail.com

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

Acta de recibo Inicial __Parcial x_Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260358
Tipo de contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$35.200.000**			**RP Número:**	**260105**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**20/01/2026**		**Fecha de finalización:**	**31/05/2026**
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
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:**		**Centro de Costo:**	
Plazo del 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 de Pesos moneda legal ($8.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Cuarto pago contrato** 20260358

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				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$401.900	MARZO
Pensión	**16%**	$514.500	MARZO
ARL		$ 16.900	MARZO

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

CONTRATO		20260358		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 35.200.000**	**20260014558**	**$ 106.000**	**29/01/2026**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$ 35.200.000**	**20260014580**	**$ 880.000**	**29/01/2026**
Estampilla Pro Cultura	**$35.200.000**	**20260014574**	**$ 176.000**	**29/01/2026**
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:	MELISSA ANDREA LAILINDE ROCHA		
Lugar donde se realiza la reunión	**INSTIUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILA- IUB**		
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.Apoyar en actividades de coordinación administrativas de los proyectos que ejecute el proceso de Proyectos Especiales, y sus proyectos adscritos	Se brindo apoyo en las actividades de coordinación administrativas de los proyectos ejecutas del proceso de proyectos especiales y sus proyectos adcritos
2.Participar activamente en las reuniones con organizaciones externas que permita el adecuado desarrollo de los proyectos del proceso.	se participa activamente en las reuniones con organizaciones externas para permitir el adecuado desarrollo de los proyectos del proceso

3.Apoyar en las actividades de seguimiento a la planeación y ejecución de actividades acordadas en el marco de los proyectos y contrataciones del proceso.	Se apoya en las actividades de seguimiento a la planeación y ejecución de actividades acordadas en el marco de los proyectos y contrataciones
4. Realizar seguimiento de las contrataciones del personal realizadas en el marco de proyectos y revisión de las cuentas de cobro de los mismos.	Se hace hizo seguimiento de las contrataciones del personal realizadas en el marco del proyecto y se realizó revisión de las cuentas de cobro de los mismos.
5. Apoyar en la presentación de proyectos para participar en convocatorias que permitan fortalecer la visibilidad de la Institución a nivel local, regional, nacional e internacional.	Se brindo apoyo en la presentación de los proyectos para participar en las convocatorias que permitan fortalecer la visibilidad de la institución a nivel local, regional, nacional e internacional.
6.Apoyar el cumplimiento de las actividades del plan de acción del proceso.	Se apoya en el cumplimiento de las actividades del plan de acción del proceso
7.Cumplir con las demás funciones asignadas por el supervisor del contrato	Se cumple con las funciones asignadas por el supervisor del contrato.

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

MELISSA LALINDE ROCHA
Contratista

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 20 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:

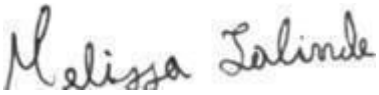
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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:



MELISSA LALINDE ROCHA
C.C. 1.143.363.831 de CARTAGENA

Certificado
Bancario

Viernes, 30 de Enero de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA identificado(a) con CC 1143363831, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	08537994909	2015/02/13	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

Señor(a): MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
No. Identificación: CC1143363831
Dirección: CALLE 39 NO 14-56
Telefono: 3024613806
Correo: mel908343@gmail.com
Ciudad: SOLEDAD
Número de Planilla: 8363242295

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
Tipo y número de identificación	CC1143363831
Número de planilla	8363242295
Fecha pago	2026-03-09
Número de autorización pago	63242295
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2026
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	928800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	16800	1
230301	Porvenir	512000	1
EPS010	EPS Sura	400000	1

8363242295

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1143363831
APELLIDOS Y NOMBRES: MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA

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	3200000	3200000	3200000	0	400000	0	512000	0	16800	0

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

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

Señor(a): MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA
No. Identificación: CC1143363831
Dirección: CALLE 39 NO 14-56
Telefono: 3024613806
Correo: mel908343@gmail.com
Ciudad: SOLEDAD
Número de Planilla: 8375289090

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1143363831	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2026
Número de planilla	8375289090	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2026
Fecha pago	2026-04-17	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	75289090	**Total Pagado**	933300
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	4500

PAGADA
8375289090

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	16900	1
230301	Porvenir	514500	1
EPS010	EPS Sura	401900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1143363831
APELLIDOS Y NOMBRES: MELISSA ANDREA LALINDE ROCHA

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	3200000	3200000	3200000	0	400000	0	512000	0	16800	0

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