INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA

VALOR DEL PAGO: $ 3.000.000.

PERIODO A CANCELAR: Quinto pago contrato 20250309

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de apoyo a la gestión en la Institución Universitaria de Barran quilla — IUB.

No. Contrato. 20250309

No. CDP. 250389 No. RP. 250454

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 080-098928-27 de! Banco Bancolombia.

LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO: Barran quilla.

Barran quilla,19 días del mes de agosto del 2025.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 253620 **Fecha:** 27/08/2025 **Hora:** 09:03:51
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250309 QUINTO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



_____

EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA
C.C No. 32.738.083 de Barranquilla - Atlántico
Celular: 3135076697
e-mail:evamariahinojosa@hotmail.com

Documentos SDpDrtes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Segurjdad Social, comprobante pago de estampillas contrato.

Fecha:	**19**	**de**	**agosto**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250309
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	**$15.000.000 M/L**			**RP Número:**	**250454**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**Secretaria General**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**febrero 28 del 2025**		**Fecha de finalización:**	**julio 15 del 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:		**Valor Total Del Contrato**		**RP Número:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centro de Costo:**	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: TRES MILLONES DE PESOS M/L ($3.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Quinto pago contrato 20250309**

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	N/A	N/A	N/A	N/A
Cumplimiento	N/A	N/A	N/A	N/A
Anticipo	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago anticipado	N/A	N/A	N/A	N/A
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A	N/A	N/A	N/A
Salarios y prestaciones	N/A	N/A	N/A	N/A
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A	N/A	N/A	N/A
Otros	N/A	N/A	N/A	N/A

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	**12.5%**	178.000	Junio del 2025
Pensión	**16%**	227.800	Junio del 2025
ARL		7.500	Junio del 2025

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

CONTRATO		20250309		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 15.000.000**	**20250017186**	**$45.000**	**27 FEBRERO 2025**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
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):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede Colsamiro		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	2:00pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	2:30pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Acompañar en la formulación y seguimiento de los planes, proyectos y programas para el fortalecimiento institucional de la secretaria general. 2. Apoyar en el reporte y seguimiento programadas por la secretaria general. 3. Apoyar en la elaboración de los reportes al sistema de gestión de calidad de la secretaria general enfocadas al fortalecimiento institucional. 4. Acompañar en la emisión de reportes a entes de control. 5. Apoyar en los proyectos de respuesta a comunicaciones asignadas. 6. Realizar la proyección de los certificados de contratos adscritos en la institución Universitaria de Barranquilla IU 7. Apoyar en el registro de consultivos de resoluciones expedido por cada dependencia. 8. Registrar, renovar de la ARL a los Contratistas OPS vinculados en la Institución Universitaria de Barranquilla	- Se apoyo a la Secretaria General en el reporte de calificación del contratista. - Se apoyo a la Secretaria General en la proyección de las respuestas a las comunicaciones asignadas. - Se apoyo a la Secretaria en la proyección y revisión de certificados de los contratos adscritos a la institución, a solicitud de los contratistas. - Se asistió a las reuniones programadas por la Secretaria General.

IUB. 9. Activar y desasociar contratistas en la plataforma de SIGEP, que suscriben contratos con la Institución 10. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. 11. Las demás que designe 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: 3,9

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**NA**	**EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA**

Fecha de la próxima reunión	**NA**	**De**	**NA**	**de**	**NA**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (19)				
diecinueve	días del mes de	agosto	de	**2025**



ÀNGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor



EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA
Contratista

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 32738083		EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EVAMARIAHINOJOSA@HOTMAIL.COM	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3135076697

Clave: 9487700191

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/08/19	32	$8,400	$421,700
2025/08/20	33	$8,700	$422,000
2025/08/21	34	$9,000	$422,300
2025/08/22	35	$9,300	$422,600
2025/08/25	38	$10,000	$423,300
2025/08/26	39	$10,200	$423,500
2025/08/27	40	$10,500	$423,800
2025/08/28	41	$10,700	$424,000
2025/08/29	42	$11,100	$424,400

Periodo Pensión: 2025-06 **Periodo Salud: 2025-06**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$232,400
COLPENSIONES		1	$232,400
ARL	1	1	$7,700
ARL SURA		1	$7,700
EPS	1	1	$181,600
CAJACOPI		1	$181,600
SUBTOTAL			$421,700
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$421,700

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas Banco de Occidente Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty éxito SURTIMAX Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32738083		EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL24 30 117	BARRANQUILLA-ATLANTICO	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06		9487700191	I	2025/07/18			32	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																														
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																														
1	CC	32738083	MENDOZA EVA																	25-14	30	CCFC55	30		0	14-11	30	0.522%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32738083		EVA MARIA MENDOZA HINOJOSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL24 30 117	BARRANQUILLA-ATLANTICO	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06		9487700191	I	2025/07/18			32	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$4,600	$0	$232,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$4,600	$0	$232,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$200	$0	$7,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$200	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$3,600	$0	$181,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$178,000	$3,600	$0	$181,600
TOTAL				1	$413,300	$8,400	$0	$421,700

junio 25

Banco de Occidente | banco popular

BANCO DE OCCIDENTE * 166 * 800 * 99516
10:05:58 2025/08/21 No Planilla: 9487700191
PROD COTIZACION: 202506 Normal
VALOR PAGADO: 422,300.00 32738083313507669?
NOTA:EL PAGO DE LA PLANILLA No.9487700191

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON No. DE AUTORIZACION 46983522
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

retirarse de la ventanilla que la información impresa
ación ordenada al Banco. Conservese este comprobante.
ujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación
rrores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer
tiva cuenta.

BAVV:CLI-PRO-216_VI BBOG: 2122141623 (DEP_FOR_008 VI23/11/2015) BOCC. FTP-SER-025 BPOP: 1.10.3.98010