INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

CRISTHIAN JESÚS ROVIRA DE ALBA

C.C 1.143.153.525

VALOR DEL PAGO: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS ($2.273.570)

PERIODO A CANCELAR: SEGUNDO PAGO CONTRATO 20251253

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB

No. Contrato: 20251253

No. CDP. 251008

No. RP. 253855

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Bancolombia / Ahorros 48700002790

Barranquilla, 19 de noviembre de 2025



CRISTHIAN JESÚS ROVIRA DE ALBA
C.C 1.143.153.525 de BARRANQUILLA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 255449 **Fecha:** 02/12/2025 **Hora:** 16:00:42
Asunto: CUENTA DE COBRO 20251253 SEGUNDO PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: CRISTHIAN JESUS ROVIRA DE ALBA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación rete fuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**19**	**de**	**NOVIEMBRE**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial__Parcial X Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20251253
Tipo de contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	CRISTHIAN JESÚS ROVIRA DE ALBA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB	

Valor del contrato:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SESENTA Y OCHO PESOS ($5.987.068)			**RP Número:**	**253855**
Rubro:	**2.1.2.02.02.009 – SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS DE LA NACIÓN**	**Centro de Costo:**	**VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**06 noviembre de 2025**		**Fecha de finalización:**	**19 diciembre de 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

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: DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS MONEDA LEGAL ($2.273.570)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Segundo pago del contrato 20251253**

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%**	180.000	Octubre
Pensión	**16%**	230.300	Octubre
ARL		7.600	Octubre

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

CONTRATO		**20251253**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$5.987.068	20250102569	18000	10/11/2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Electrificación Rural	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Desarrollo	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Anciano	N/A	N/A	N/A

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	BETTY LUZ GARIZABALO PÉREZ		
Por parte del contratista:	CRISTHIAN JESÚS ROVIRA DE ALBA		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA DE BIENESTAR INSTITUCIONAL**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00 am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar los talleres de las disciplinas culturales y artísticas en la Institución Universitaria de Barranquilla.	Se brindó apoyo logístico y operativo en el desarrollo de los talleres culturales y artísticos, garantizando su adecuada ejecución y participación estudiantil.
2. Apoyar a los grupos bases de las disciplinas culturales y artísticas en la Institución Universitaria de Barranquilla.	Se acompañó a los grupos base en sus procesos de ensayo, preparación y presentación, fortaleciendo sus capacidades artísticas y de representación institucional.
3. Apoyar en la creación y entrega de datos de los grupos bases a la persona encargada de los seguimientos de estímulos en el primer mes del periodo cuatrimestral.	Se consolidó y entregó la base de datos actualizada de los grupos base, permitiendo el seguimiento oportuno de los estímulos institucionales dentro de los plazos establecidos.
4. Apoyar en la organización y ejecución de actividades artísticas, culturales y recreativas.	Se participó activamente en la planeación, coordinación y desarrollo de actividades artísticas y culturales, contribuyendo a la integración y bienestar de la comunidad universitaria.
5. Realizar informes estadísticos sobre las actividades realizadas en la línea de acción de Cultura.	Se elaboraron y entregaron informes con análisis estadístico de participación, impacto y resultados de las actividades desarrolladas en la línea de Cultura.
6. Realizar actividades de retroalimentación al sistema de Gestión de Información de las atenciones realizadas mensualmente.	Se efectuó la retroalimentación mensual en el Sistema de Gestión de Información, garantizando la actualización de los

	registros y la trazabilidad de las acciones ejecutadas.
7. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Cultura.	Se aplicaron encuestas de satisfacción a los participantes de las actividades culturales, recopilando información para el mejoramiento continuo del servicio.
8. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.	Se prestó apoyo transversal a las acciones de Bienestar Institucional, participando en eventos, jornadas y estrategias orientadas al fortalecimiento del clima institucional.
9. Mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato sin el consentimiento previo del contratante.	Se garantizó la confidencialidad de la información institucional y de los participantes, cumpliendo con las políticas de protección de datos y reserva contractual.
10. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se asistió puntualmente a las reuniones convocadas por el supervisor, participando activamente en la socialización de avances y orientaciones del contrato.
11. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.	Se dio cumplimiento a los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad, aplicando los procedimientos y estándares definidos por la Institución Universitaria.

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: **4.5**

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	11	**De**	diciembre	**de**	2025

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los 19 días del mes de noviembre				
19	días del mes de	noviembre	de	2025



Betty Luz Garizabalo Pérez
Supervisor o Interventor



Cristhian Jesús Rovira De Alba
Contratista

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143153525	CRISTHIAN JESUS ROVIRA DE ALBA	Calle 42b 8d - 30	3002837342	cristhianrovira70@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ATLÁNTICO	BARRANQUILLA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	27/11/2025	91467376	$417.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	17	2.000	0	180.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	17	2.500	0	230.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	17	100	7.600			75	7.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	180.000
Pensión	1	227.800	230.300
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	417.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1143153525	CRISTHIAN JESUS ROVIRA DE ALBA		Calle 42b 8d - 30	3002837342	cristhianrovira70@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	27/11/2025	91467376	$417.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1143153525	ROVIRA DE ALBA CRISTHIAN JESUS	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250102569**
Fecha Emisión:	10/11/2025
Identificación:	1143153525
Declarante:	CRISTHIAN JESÚS ROVIRA DE ALBA
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 5.987.068
Fecha Pago:	10/11/2025
Monto Pagado:	$ 18.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20251253, CONTRATO SECOP: CO1.SLCNTR. 16058815
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**