**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**

Nit. 802.011.065-5

**DEBE A**

**BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA**

**C.C 32.868.946 De Santo Tomas**

**VALOR DEL PAGO:** $2.273.570 Dos Millones Dosciento Setenta Y Tres Mil quinientos Setenta Pesos M/L

**PERIODO A CANCELAR:** Segundo Pago - contrato 20251246

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión En La Institución Universitaria De Barranquilla - IUB

**No. Contrato** 20251246 No. **CDP.** 251008 **No. RP.** 253946

**No. CUENTA PARA CONSIGNAR:** *0570026870108623 del banco Davivienda*

28 noviembre del 2025

BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA
CC. 32.868.946 De Santo Tomas

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **28** | **de** | **Noviembre** | **de** | **2025** |

## Acta de recibo Inicial __ Parcial x__Final __

| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20251246 |
| **Tipo de contrato:** | Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión |
| **Nombre de Contratista:** | Belia María Maldonado Pedroza |
| **Objeto del contrato: Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión En La Institución Universitaria De Barranquilla - Iub** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | **$ 4.850.283 Cuatro Millones Ochocientos Cincuenta Mil Doscientos Ochenta Y Tres Pesos M/L** | | | **RP Número:** | **253946** |
| **Rubro:** | 2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | **Fuente de Financiación:** | RECURSOS PROPIOS | **Centro de Costo:** | VICERRECTORÍA ACADÉMICA |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | **11/11/2025** | | **Fecha de finalización:** | **19/12/2025** |
| **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: $ 2.273.570.** | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | **Segundo pago contrato 20251246** |

| 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%** | $ | |
| **Pensión** | **16%** | $ | |
| **ARL** | | $ | |

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

| CONTRATO | | 20251246 | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | **$ 4.850.283** | **20250102998** | **$ 15.000** | **11/11/2025** |
| **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):** | Betty Luz Garizabalo Pérez | | |
| **Por parte del contratista:** | Belia María Maldonado Pedroza | | |
| **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 como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica. | Se apoya como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica. |
| 2. Apoyar como auxiliar de enfermería en las actividades de valoración de deportistas y artistas. | Se apoya como auxiliar de enfermería en las actividades de valoración de deportistas y artistas. |
| 3. Apoyar en la planeación y ejecución de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes. | Se apoya en la planeación y ejecución de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes. |
| 4. Apoyar en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones) | Se apoya en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones) |

| | |
|---|---|
| 5. Apoyar como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas. | Se apoya como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas. |
| 6. Realizar informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida. | Se realizó el informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida. |
| 7. Apoyar como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes. | Se apoya como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes. |
| 8. Apoyar en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes. | Se apoya en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes. |
| 9. Realizar retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente. | Se realizó retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente. |
| 10. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida. | Se Aplica la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida. |
| 11. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. | Se apoya en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. |
| 12. El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante. | El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante. |
| 13. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. | se asistió a las reuniones que convoco el supervisor del contrato. |
| 14. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. | Se Cumplo con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. |

**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 | | | | | |
| Calidad de las especificaciones del bien o servicio | | | | | |
| Cumplimiento de la entrega | | | | | |
| Atención al cliente por parte del contratista | | | | | |

Calificación proveedor o contratista: _____

**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 ( 28 ) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| veintiocho | días del mes de | noviembre | de | 2025 |

**BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ**
**PEDROZA**
**Supervisor o Interventor**

**BELIA MARIA MALDONADO**

**Contratista**

aportes en línea

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32868946 | | BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA | INDEPENDIENTE | Principal | Calle 3a #14-74 | SOLEDAD-ATLANTICO | 8790466 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2025-10 | 2025-10 | 1837361506 | 9493064092 | I | 2025/11/13 | 2025/10/08 | NEQUI | 0 | $311,200 | |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: Principal (1 Afiliados)** | | | | | $1,091,350 | $174,700 | | | $1,091,350 | $136,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,091,350 | $174,700 | | | $1,091,350 | $136,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $1,091,350 | $174,700 | | | $1,091,350 | $136,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 32868946 | MALDONADO BELIA | 230201 | 23 | $1,091,350 | $174,700 | EPS005 | 23 | $1,091,350 | $136,500 | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,091,350 | $174,700 | | | $1,091,350 | $136,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

aportes en línea

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32868946 | | BELIA MARIA MALDONADO PEDROZA | INDEPENDIENTE | Principal | Calle 3a #14-74 | SOLEDAD-ATLANTICO | 8790466 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1837361506 | 9493064092 | I | 2025/11/13 | 2025/10/08 | NEQUI | 0 | $311,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $174,700 | $0 | $0 | $174,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $174,700 | $0 | $0 | $174,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $136,500 | $0 | $0 | $136,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $136,500 | $0 | $0 | $136,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $311,200 | $0 | $0 | $311,200 |