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: $1.439.928.00 Un Millón Cuatrocientos Treinta Y Nueve Mil Novecientos Veintiocho Pesos M/L

PERIODO A CANCELAR: Tercer 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*

11 diciembre 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:	**11**	**de**	**Diciembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __ Parcial ___Final X_

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: $ $1.439.928 un millón cuatrocientos treinta y nueve mil novecientos veintiocho pesos	
Periodo al que corresponde el pago:	**tercer 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%**	$ 178000	NOVIEMBRE
Pensión	**16%**	$ 227800	NOVIEMBRE
ARL		$7500	NOVIEMBRE

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		De		de	

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (1 1)				
ONCE	días del mes de	DICIEMBRE	de	2025

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
PEDROZA
Supervisor o Interventor

BELIA MARIA MALDONADO

Contratista

Planilla Integrada

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32868946		MALDONADO PEDROZA BELIA MARIA	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
2025-11	2025-11		9496156748	I	2025/12/11			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Resid. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	
1	CC	32868946	MALDONADO PEDROZA BELIA MARIA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/11/01																								
Total	Afiliados(1)																																	

Página 1 / 4

							SALARIO			PENSION														SALUD					
	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	No		PROTECCION	30	$ 1.423.500	16.00	SIN RIESGO	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800		SANITAS	30	$ 1.423.500	12.50	$ 178.000	$ 0
																					$ 227.800						$ 178.000	

PLANILLA SIN PAGAR

aportes en línea

Planilla Integrada

	CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$ 136,000			30	$ 136,000	12%	$ 16,320		30	$ 1,423,500	0.522%	1	$ 7,500	30	$ 136,000	0%	$ 0	0%	$ 0	0%	$ 0	0%	$ 0	No
$ 136,000						$ 16,320						$ 7,500				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1284944		MALDONADO PEDROZA BELLA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 34 #14-71	SOLEDAD-ATLANTICO	3176744	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11		1194116748	I	2025/12/11			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	23|201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	860,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300