

LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$3.200.000).

PERIODO A CANCELAR: SEGUNDO PAGO CONTRATO 20260019

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

No. Contrato: 20260019 **No. CDP.** 260203 **No. RP.** 260031

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 599-790676-61 del Banco Bancolombia

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: katia_ariza@hotmail.com

CELULAR: 3008071848

Barranquilla, 20 de Febrero de 2026

Katia Ariza Ortiz

KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ
C.C. 1.140.832.839 de Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA		
Rad: 2026020834	Fecha: 25/02/2026	Hora: 10:57:28
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260019 SEGUNDO PAGO		
Anexos: 6 FOLIOS		
Remite: KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ		
Destino: MELISSA DAVID DIAZ		

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 5
--	---	--

Fecha:	20	de	Febrero	de	2026
--------	----	----	---------	----	------

Acta de recibo Inicial __ Parcial _x_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Contrato número:	20260019				
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios				
Nombre de Contratista:	Katia Isabel Ariza Ortiz				
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.					

Valor del contrato:	\$16.000.000 M/L			RP Número:	260031	
Rubro:	2.1.2.02.02.008	Fuente de Financiación:	Recursos Propios		Centro de Costo:	Prestación de servicios
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	Enero 14 del 2026		Fecha de finalización:	Mayo 31 del 2026	
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 DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$3.200.000).	
Periodo al que corresponde el pago:	Segundo pago contrato 20260019

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 2 de 5
---	---	--

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%	220.300	Enero
Pensión	16%	282.000	Enero
ARL		9.3000	Enero

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

CONTRATO		20260019		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	16.000.000	20260015211	48.000	28/01/2026
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				

 INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 3 de 5
--	---	--

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:	Katia Isabel Ariza Ortiz		
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
Proyección de actas de las diferentes sesiones de los consejos académico y directivo	<p>Proyecte acta extraordinaria del consejo directivo del mes de Enero.</p> <div> <div>Acta extraordinaria 002</div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ Para: Karen Juliana López Batista Mar 10/02/2026 10:10  002 ACTA EXTRAORDINARIA DOCX - 6 MB </div> </div> <p>Buenos días,</p> <p>Mpermito remitir para su revisión y fines pertinentes la elaboración del Acta Extraordinaria No. 002 correspondiente al mes de enero de 2026.</p> <p>Quedo atenta a cualquier observación o ajuste que se considere necesario.</p>
Proyección y revisión de actos administrativos que deben ser firmados por el rector y el secretario general.	Realicé revisión jurídica de aproximadamente 10 resoluciones.

**RESOLUCIONES DE RECONOCIMIENTO DE
LICENCIAS DE MATERNIDAD DOCENTES
OCASIONALES**



Karen Juliana Lóp... Mié 04/02/2026 15:55
Buen día Katia Remito para tu revisión y comen...



KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ ...
Para: Karen Juliana López Batista + 1
Mié 04/02/2026 17:06 [Ver más](#)



Resolucion No.xxxx - -licen...
DOCX - 578 KB



Resolucion No.xxxx - -lice...
DOCX - 578 KB

2 archivos adjuntos (1 MB)

Buenos tardes,

Se realizó la revisión jurídica de las resoluciones y se encontró que todo está conforme, para seguir trámite de asignación de número y fecha de resolución.

Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.

Asistí a las reuniones que se programaron por parte de la supervisora.

Las demás obligaciones que se deriven y tenga relación con el objeto contractual y las actividades propias de la Secretaría General.

Realice revision en el archivo de Secretaría General de las Resoluciones del año 2025.

NUMERO DE RESOLUCIONES

NÚMERO	NÚMERO	FECHA	
SI	0001	02/01/2025	POR EL CUAL SE DESAGREGA EL PRESUPUESTO DE LA VIGENCIA FISCAL DEL 2025
	0002	02/01/2025	CAPITULO PRESUPUESTAL DEL SISTEMA GENERAL DE GASTOS CORRIENTES DEL 2025
X	0003		
X	0004		
	0005	07/01/2025	Por la cual se concede una licencia por luto
X	0006		
X	0007		
	0008	08/01/2025	Por medio de la cual se interrumpen unas vacaciones
	0009	08/01/2025	Se establece el reglamento de caja menor
X	0010		RESOLUCION ANULACION DE NUMEROS CONSEJERIA
X	0011	13/01/2025	por la cual se realiza la vinculacion de un docente ocasional
X	0012		
	0013		
	0014	15/01/2025	Publicación del Plan anual de adquisición versión 1
SI	0015	15/01/2025	por medio del cual se justifica la contratación directa
	0016	15/01/2025	POR EL CUAL SE CONSTITUYEN LAS RESERVAS DE PRESUPUESTO
X	0017		
	0018	16/01/2025	POR MEDIO DE LA CUAL SE REUBICA A UN DOCTOR EN CIENCIAS
	0019	16/01/2025	POR MEDIO LA CUAL SE ASIGNA EL LIDERAZGO DE LA SECRETARIA GENERAL
	0020	16/01/2025	POR MEDIO LA CUAL SE ASIGNA EL LIDERAZGO DE LA SECRETARIA GENERAL
	0021	16/01/2025	POR MEDIO LA CUAL SE ASIGNA EL LIDERAZGO DE LA SECRETARIA GENERAL
	0022	16/01/2025	POR MEDIO LA CUAL SE ASIGNA EL LIDERAZGO DE LA SECRETARIA GENERAL
	0023	16/01/2025	POR MEDIO LA CUAL SE ASIGNA EL LIDERAZGO DE LA SECRETARIA GENERAL
	0024	16/01/2025	Apertura de caja menor de la vigencia del 2025

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 5 de 5
--	---	--

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: 4,8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN		
Compromiso	Fecha de entrega	Responsable
Adquiridos en el contrato	28 de febrero de 2026	Katia Isabel Ariza Ortiz

Fecha de la próxima reunión	20	de	Marzo	de	2026
-----------------------------	----	----	-------	----	------

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20)					
Veinte	días del mes de	Febrero	de	2026	

ÀNGELA VICTORIA HERNÁNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor

KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140832839
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 43 75B 143 TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4636782773	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	10	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9995783312

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 282.000
SUBTOTAL:			1	\$ 282.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 220.300
SUBTOTAL:			1	\$ 220.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 9.300
SUBTOTAL:			1	\$ 9.300

VALOR SIN MORA:	\$ 508.300
VALOR MORA:	\$ 3.300
TOTAL PAGADO:	\$ 511.600