LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE

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

PERIODO A CANCELAR: SEGUNDO PAGO CONTRATO 20260017

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

No. Contrato: 20260017 **No. CDP.** 260190 **No. RP.** 260029

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 0550488421546786 del Banco Davivienda

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: melanysmaria@gmail.com

CELULAR: 302-299-5602

Barranquilla, 23 de febrero del 2026

Melany Manotas L

MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE
C.C. 1.001.945.703 de Soledad

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026020961 **Fecha:** 02/03/2026 **Hora:** 09:42:45
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260017 SEGUNDO PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	**23**	**de**	**febrero**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260017
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE
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:**	**260029**
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 ($ 3.200.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Segundo pago contrato** 20260017

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

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$350.000	**Enero del 2026**
Pensión	**16%**	$448.000	**Enero del 2026**
ARL	**0.522%**	$14.700	**Enero del 2026**

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

CONTRATO		**20260016**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 16.000.000**	**20260024277**	**48.000**	**Febrero 04 del 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				

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:	MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE		
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. Apoyar, organizar los planes, programas y proyectos de la Institución Universitaria de Barranquilla, en sus aspectos financieros, económicos y técnicos, determinando la viabilidad y consistencia de los mismos.	Por motivos derivados de la aplicación de la Ley de Garantías, el apoyo brindado se limitó exclusivamente a la elaboración de análisis correspondientes a procesos de contratación competitiva.
2. Brindar apoyo en realización de los análisis de especificaciones técnicas recibidas en los estudios previos de las distintas modalidades de selección estipuladas en el régimen de contratación estatal como soporte del proceso de contratación, brindar apoyo en la verificación de las condiciones de mercado que garantice pluralidad y transparencia en los procesos de contratación de las diferentes áreas	Se realizaron los análisis de las especificaciones técnicas contenidas en los estudios previos de los procesos adelantados bajo la modalidad de contratación directa, como soporte del proceso de contratación, así como la verificación de las condiciones de mercado orientadas a garantizar la transparencia en dichos procesos. • OBJETO: ADQUISICIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO PARA RESGUARDAR A LOS ESTUDIANTES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y PRÁCTICAS PROVENIENTES DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° CD-05- 2026-2899 PARA FORTALECER LA EDUCACIÓN MEDIA, A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS BÁSICAS A LOS JÓVENES DE GRADO 10 Y 11, PERTENECIENTES A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO, Y EL DESARROLLO DE UN COMPONENTE ESPECÍFICO DE UN PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA PARA FACILITAR EL TRÁNSITO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EDUCATIVO DE DOBLE TITULACION.

	
3. Brindar apoyo en la realización de análisis comparativo de las cotizaciones recibidas (análisis del mercado, de la oferta, de la demanda y análisis de precios)	Se brindó apoyo en la evaluación correspondiente al proceso: • OBJETO: ADQUISICIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO PARA RESGUARDAR A LOS ESTUDIANTES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y PRÁCTICAS PROVENIENTES DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° CD-05- 2026-2899 PARA FORTALECER LA EDUCACIÓN MEDIA, A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS BÁSICAS A LOS JÓVENES DE GRADO 10 Y 11, PERTENECIENTES A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO, Y EL DESARROLLO DE UN COMPONENTE ESPECÍFICO DE UN PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA PARA FACILITAR EL TRÁNSITO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EDUCATIVO DE DOBLE TITULACIÓN. MENOR CUANTÍA **ITEM** | **ESPECIFICACIÓN** | **CANTIDAD TOTAL DE ESTUDIANTES** | **VALOR UNITARIO INCLUIDO TODOS LOS IMPUESTOS QUE HAYA LUGAR** | **VALOR TOTAL** **COTIZACION 1 - COLMENA SEGUROS DE VIDA S.A** | **COTIZACION 2 - ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** | **COTIZACION 3 - COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A** | **PROMEDIO ESTIMADO POR LA ENTIDAD** 1 | En el marco del contrato interadministrativo **No. CD-05-2026-2899,** se han implementado pólizas de seguro diseñadas específicamente para resguardar a los estudiantes que participan en las actividades académicas y prácticas vinculadas a este programa de formación. Estas pólizas han sido desarrolladas con el objetivo de brindar una cobertura integral que garantice la seguridad y el bienestar de los participantes prioritarios durante todo su proceso de aprendizaje y desarrollo de habilidades. **Cobertura y Beneficios:** **COBERTURAS** **Muerte Accidental:** Se refiere a la cobertura que proporciona una indemnización económica en caso de que el asegurado fallezca como resultado directo de un accidente. Este tipo de muerte debe ser causada por un evento súbito, inesperado y externo, como un accidente de tráfico, una caída, una lesión deportiva o cualquier otro incidente similar que ocurra de manera imprevista. **Muerte Natural:** Se refiere a la cobertura que ofrece una indemnización en caso de que el asegurado fallezca debido a causas naturales o enfermedades preexistentes o no relacionadas con un accidente. Ejemplos incluyen las muertes naturales incluyen enfermedades cardiacas, cáncer, infecciones, y otras condiciones médicas preexistentes o desarrollada a lo largo del tiempo **Muerte por cualquier causa:** Esta cobertura es más amplia y proporciona una indemnización económica en caso de fallecimiento del asegurado sin importar la causa. Incluye tanto la muerte accidental como la muerte natural, así como cualquier otra circunstancia que pueda causar el fallecimiento, como actos de violencia, suicidio (generalmente después de un período de carencia), enfermedades o condiciones no especificadas que resulten en la muerte del asegurado. **Invalidez:** Cobertura que proporciona una indemnización económica si el asegurado queda incapacitado permanentemente para realizar cualquier actividad laboral o académica debido a una enfermedad o accidente. La invalidez puede ser total o parcial, dependiendo de la gravedad y el impacto de la discapacidad. **Desmembración:** Cobertura que ofrece una compensación financiera en caso de que el asegurado sufra la pérdida de una extremidad (brazo, pierna, mano, pie) o de alguna función (vista, audición) a causa de un accidente. La indemnización varía según la parte del cuerpo afectada y la gravedad de la pérdida. **Gastos médicos:** Cobertura que reembolsa o paga directamente los costos asociados con la atención médica necesaria debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye consultas médicas, hospitalización, cirugías, medicamentos y tratamientos médicos especiales para la protección del asegurado. **Enfermedades graves:** Cobertura que proporciona una indemnización económica si el asegurado es diagnosticado con una enfermedad grave específica, como cáncer, infarto, accidente cerebrovascular, o insuficiencia renal. Esta cobertura ayuda a enfrentar los altos costos médicos y otros gastos asociados con el tratamiento y manejo de estas enfermedades. **Gastos de traslado:** Cobertura que reembolsa o paga los costos de transporte necesario para recibir atención médica, ya sea en ambulancia, avión o cualquier otro medio, desde el lugar del accidente o enfermedad hasta un centro médico adecuado o una instalación médica especializada o en caso de una emergencia. **Auxilio Funerario:** Cobertura que proporciona una suma de dinero para cubrir los gastos relacionados con el funeral y los servicios funerarios en caso de fallecimiento del asegurado. Este auxilio ayuda a los familiares a enfrentar los costos inmediatos tras la pérdida del asegurado. **Gastos para Rehabilitación por Invalidez:** Cobertura que paga o reembolsa los costos asociados con la rehabilitación necesaria para el asegurado que ha quedado inválido. Esto incluye terapias físicas, ocupacionales y cualquier otro tratamiento que ayude al asegurado a recuperar o mejorar su funcionalidad y calidad de vida después de una invalidez. **Auxilio Educativo por Muerte de un padre:** Cobertura que proporciona una suma de dinero destinada a continuar con los estudios del asegurado en caso del fallecimiento de uno de sus padres. Este auxilio ayuda a garantizar que el estudiante pueda seguir con su educación a pesar de la pérdida financiera que puede significar la muerte del progenitor. **Enfermedades tropicales:** Cobertura que ofrece una indemnización económica o el pago de gastos médicos si el asegurado contrae enfermedades específicas prevalentes en regiones tropicales, como dengue, malaria, fiebre amarilla, o chikungunya. Esta cobertura asiste a los estudiantes que puedan estar expuestos a estas enfermedades durante sus actividades académicas o prácticas en dichas áreas. **Riesgo Biológico:** Cobertura que ofrece protección financiera en caso de que el asegurado se vea expuesto a agentes biológicos peligrosos que puedan causar enfermedades graves. Esto puede incluir la exposición a bacterias, virus, toxinas y otros patógenos durante actividades académicas o prácticas, especialmente en campos como la biología, medicina o laboratorios de investigación. Seguro Médico: La póliza de seguro médico les brindará acceso a servicios de atención médica de alta calidad en caso de enfermedades o lesiones que puedan surgir durante la realización de actividades académicas o prácticas. Esta cobertura es esencial para garantizar que los estudiantes reciban la atención necesaria para mantener su salud y bienestar mientras se enfocan en sus estudios y experiencias prácticas. Seguro de Accidentes: Esta póliza ofrece una cobertura integral en caso de accidentes que puedan ocurrir mientras los estudiantes participan en actividades académicas y prácticas vinculadas al fortalecimiento de su perfil profesional. La cobertura abarca accidentes tanto dentro como fuera de las instalaciones educativas, asegurando así que los estudiantes estén protegidos en cualquier entorno relacionado con su formación académica y profesional. Esto es fundamental para su seguridad y tranquilidad, ya que pueden enfrentar riesgos en diversos entornos relacionados con su formación. Servicios de Emergencia: Los estudiantes tendrán acceso a servicios de emergencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este acceso a apoyo inmediato es crucial en situaciones críticas, garantizando que los estudiantes reciban la asistencia necesaria sin importar la hora o el lugar en el que se encuentren. Este servicio de emergencia es una parte fundamental de la cobertura, proporcionando tranquilidad tanto a los estudiantes como a sus familias. Otras Coberturas Personalizadas: Además de las coberturas mencionadas anteriormente, estas pólizas de seguro pueden incluir beneficios adicionales adaptados a las necesidades específicas de los estudiantes participantes. | 3500 | $ 8.850 | $ 8.857 | $ 9.000 | $ 8.902 | $ 31.157.000 TOTAL $ 31.157.000

4. Apoyar en la evaluación económica y financiera de los procesos contractuales con base en los criterios de comparación y evaluación definidos en los pliegos de condiciones, conforme a lo estipulado en la ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios.	Se brindó Apoyo en la evaluación económica de los procesos contractuales Del proceso que tiene por objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIO INTEGRAL DE ASEO, JARDINERÍA Y CAFETERÍA CON ELEMENTOS E IMPLEMENTOS NECESARIOS PARA LOS CAMPUS DE SOLEDAD Y BARRANQUILLA DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB. MÍNIMA CUANTÍA No. MC-IUB-001-2026 – DEFINITIVO 
5. Participar en reuniones y/o audiencias relacionadas con las actuaciones que le sean encomendadas o cuando se lo solicite el supervisor del contrato.	Asistí a las reuniones que fueron programadas por parte de la Secretaría General y cumplí con las demás obligaciones que se derivaron de la esencia o naturaleza del contrato
6. Brindar apoyo en la determinación de indicadores económicos de los diferentes procesos de selección que se adelanten, ejecuten y/o supervisen la Institución Universitaria de Barranquilla, relacionados con los programas, planes y proyectos de esta dependencia.	No se brindó apoyo en la determinación de indicadores económicos que fueran necesarias para la entidad.
7. Apoyar la gestión contractual financiera y económicamente.	Se brindo apoyo en el desarrollo de las actividades relacionadas con la gestión contractual
8. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Asistí a las reuniones convocadas por parte del 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: 4.8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**28 de febrero 2026**	**Melany Manotas Lejarde**

Fecha de la próxima reunión	**19**	**de**	**Marzo**	**de**	**2026**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (23)				
Veintitrés	días del mes de	febrero	de	2026

ÀNGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor

MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE
Contratista

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001945703		MELANY MARIA MANOTAS LEJARDE	INDEPENDIENTE	Principal	carrera 11 sur #50a 60	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3825127	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	84138636	9497853201	I	2026/02/03	2026/02/23	NEQUI	20	$823,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000		$14,700		$0	$0		$812,700
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000		$14,700		$0	$0		$812,700
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000		$14,700		$0	$0		$812,700
1	CC	1001945703	MANOTAS MELANY																	25-14	30	$2,800,000	$448,000	EPS010	30	$2,800,000	$350,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,800,000	0.522%	$14,700	0	$0	$0	No	$812,700
Total	**Afiliados(1)**																					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000		$14,700		$0	$0		$812,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$5,700	$0	$453,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$448,000	$5,700	$0	$453,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$200	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,700	$200	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$4,500	$0	$354,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$350,000	$4,500	$0	$354,500
TOTAL				**1**	**$812,700**	**$10,400**	**$0**	**$823,100**