INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

ARTURO RAFAEL PIZARRO ARIZA

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/L ($2.874.000)

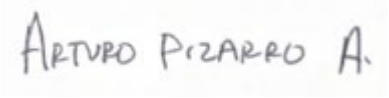
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.

PERIODO: SEGUNDO PAGO DEL CONTRATO 20260329

No. Contrato: 20260329 **No. CDP:** 260301 **No. RP:** 260306

No. CTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de ahorros **912-230105-18** Bancolombia

Barranquilla, 19 de Febrero de 2.026



Arturo Rafael Pizarro Ariza
C.C.: 1002207667 de Santo Tomas-Atlantico
Celular: 3103731878
Correo: arturopizarro20@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026020989 **Fecha:** 02/03/2026 **Hora:** 15:15:57
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260329 SEGUNDO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: ARTURO RAFAEL PIZARRO ARIZA
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**19**	**de**	**febrero**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260329
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	Arturo Rafael Pizarro Ariza
Objeto del contrato: prestación de servicios de apoyo a la gestión en la institución universitaria de barranquilla IUB	

Valor del contrato:	**13.028.800**			**RP Número:**	**260306**
Rubro:	2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**Prestación de servicios**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	26 de enero 2026		**Fecha de finalización:**	31 de mayo 2026
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N/A
Tipo de contrato:	N/A
Nombre de Contratista:	N/A
Objeto del contrato: N/A	

Valor del adicional contrato:	**$** N/A	**Valor Total Del Contrato**	**$** N/A	**RP Número:**	N/A	
Rubro:	N/A	**Fuente de Financiación:**	N/A	**Centro de Costo:**	N/A	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	N/A		**Fecha de finalización:**	N/A	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: Dos Millones Ochocientos Setenta Y Cuatro Mil Pesos M/L ($2.874.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	Segundo pago de contrato 20260329

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	NA	NA	NA	NA
Cumplimiento	NA	NA	NA	NA
Anticipo	NA	NA	NA	NA
Pago anticipado	NA	NA	NA	NA
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	NA	NA	NA	NA
Salarios y prestaciones	NA	NA	NA	NA
Responsabilidad Civil Extracontractual	NA	NA	NA	NA
Otros	NA	NA	NA	NA

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$ 116,800	Enero
Pensión	**16%**	$ 149,500	Enero
ARL		$ 4,900	Enero

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

CONTRATO		**20260329**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	13.028.800	20260018431	**39.000**	**30/01/2026**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro Cultura	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Bono al Deporte	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**

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			
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):	Wendy Villareal Espriella		
Por parte del contratista:	Arturo Rafael Pizarro Ariza		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina asesora de planeación		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	10:00am

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar en la preparación del inicio de actividades académicas del proyecto IUB A TU TERRITORIO (jóvenes para el mundo). Sede Sabanagrande en el programa de Licenciatura en básica primaria	Se apoyó activamente en la planificación del periodo académico en sede Sabanagrande, gestionando horarios de clase, coordinando la comunicación con las partes interesadas y organizando las jornadas de inducción. En octubre se brindó apoyo a 35 estudiantes para la activación de credenciales y capacitaciones de ingreso. Se garantizó el acceso a los 96 estudiantes iniciales.
Apoyar en el proceso de matrícula y asignación académicas.	Se acompañó a los estudiantes en el proceso de matrícula, resolviendo dudas y orientando sobre documentos y asignaturas. Tras el proceso, quedaron 93 estudiantes activos luego del retiro de 3.
Realizar seguimiento académico y acompañamiento diario a los estudiantes, personal docente y administrativos.	Se realizó acompañamiento con los docentes. así como coordinación con trabajadora social, psicóloga y enfermera. Este seguimiento permitió identificar necesidades, resolver situaciones y fortalecer la permanencia estudiantil.

Atender a la comunidad académica, en el suministro de información de conformidad con los procedimientos establecidos por la Institución Universitaria de Barranquilla.	Se prestó atención personalizada a estudiantes, docentes y demás actores institucionales, suministrando información, lo que facilitó el flujo comunicativo y la solución oportuna de inquietudes.
Velar por el cumplimiento del reglamento estudiantil de la Institución Universitaria de Barranquilla para efectos de los compromisos, obligaciones y derechos de los estudiantes entre otros componentes desarrollados, en el marco del proyecto IUB A TU TERRITORIO (jóvenes para el mundo). en la Sede Sabanagrande	Se hizo seguimiento al comportamiento estudiantil en los ambientes, promoviendo el respeto de las normas institucionales y fomentando una cultura de responsabilidad, participación y compromiso.
Llevar un registro de asistencia diario de docentes.	Se controló diariamente la asistencia de los docentes asignados, dejando evidencia sistemática de su presencia y del desarrollo normal de las clases.
Realizar un registro de asistencia diaria de estudiantes	Se implementó un registro de asistencia estudiantil, que permitió monitorear la asistencia de los estudiantes de los grupos del programa de licenciatura en básica primaria.
Asistir a las reuniones convocadas por el líder del proyecto, líder del proceso de proyectos especiales o supervisor del contrato	Se participó en las reuniones convocadas por el líder del proyecto, el líder del proceso de proyectos especiales orientadas para brindarnos inducciones y capacitaciones con el fin de fortalecer la correcta ejecución del proyecto IUB a los territorios.

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

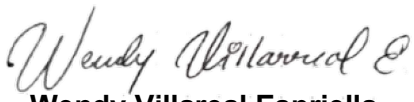
OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					X
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					X
Cumplimiento de la entrega					X
Atención al cliente por parte del contratista					X

Calificación proveedor o contratista: __5__

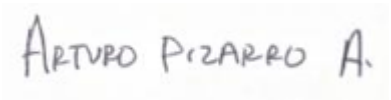
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

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 (19)				
Diecinueve	días del mes de	febrero	De	2026



Wendy Villareal Espriella
Supervisor o Interventor



Arturo Rafael Pizarro Ariza
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 1002207667		PIZARRO ARIZA ARTURO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 3 # 14-33	SANTO TOMAS-ATLANTICO	3103731878	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	9944675	9498538398	I	2026/02/16	2026/01/26	NEQUI	0	$271,200

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$933,816**	**$149,500**			**$933,816**	**$116,800**			**$0**	**$0**			**$933,816**		**$4,900**		**$0**	**$0**		**$271,200**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$933,816**	**$149,500**			**$933,816**	**$116,800**			**$0**	**$0**			**$933,816**		**$4,900**		**$0**	**$0**		**$271,200**
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					**$933,816**	**$149,500**			**$933,816**	**$116,800**			**$0**	**$0**			**$933,816**		**$4,900**		**$0**	**$0**		**$271,200**
1	CC	1002207667 PIZARRO ARTURO	X																	23030 1	16	$933,816	$149,500	EPS037	16	$933,816	$116,800		0	$0	$0	14-11	16	$933,816	0.522%	$4,900	0	$0	$0	No	$271,200
Total	**Afiliados(1)**																					$933,816	$149,500			$933,816	$116,800			$0	$0			$933,816		$4,900		$0	$0		$271,200

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	$149,500	$0	$0	$149,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$149,500	$0	$0	$149,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$0	$0	$4,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$4,900	$0	$0	$4,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$116,800	$0	$0	$116,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$116,800	$0	$0	$116,800
TOTAL				**1**	**$271,200**	**$0**	**$0**	**$271,200**