INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

ENEIDA ISABEL JIMÉNEZ PÉREZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Dos Millones ochocientos setenta y cuatro mil pesos Moneda Legal **($2.874.000)**

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

PERIODO A CANCELAR: Segundo pago contrato 20260502

No. Contrato: 20260502 **No. CDP.** 260218 No**. RP.** 260235

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: cuenta de ahorros 8742038536

Barranquilla, Febrero 20 de 2026

ENEIDA ISABEL JIMENEZ PEREZ
Numero de cedula 22.448.455
E-mail: enisa0325@hotmail.com
Teléfono móvil: 3218994963

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021188 **Fecha:** 17/03/2026 **Hora:** 15:13:04
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260502 SEGUNDO PAGO
Anexos: 5 FOLIOS
Remite: ENEIDA ISABEL JIMENEZ PEREZ
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA VIGILADA MINEDUCACIÓN	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 4

Fecha:	**20**	**de**	**febrero**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial__Parcial_x_Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260502
Tipo de contrato:	Prestación de servicio de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	Eneida Isabel Jiménez Pérez
Objeto del contrato: Prestación de servicios apoyo a La Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla-IUB	

Valor del contrato:	$ 12.645.600,00			**RP Número:**	260235
Rubro:	2.1.2.02.02.009	**Fuente de Financiación:**	Recursos Propios	**Centro de Costo:**	Prestación de servicio
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	25/01/2026		**Fecha de finalización:**	31/05/2026
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

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: Dos Millones ochocientos setenta y cuatro mil pesos Moneda Legal	
Periodo al que corresponde el pago:	Segundo pago contrato 20260502

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

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	*$ 218.900*	ENERO
Pensión	**16%**	*$ 280.200*	ENERO
ARL		*$ 42.700*	ENERO

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

CONTRATO		20260502		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 12.645.600,00	20260017351	$ 38.000	29/01/2026
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

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	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Electrificación Rural	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Desarrollo	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Anciano	N/A	N/A	N/A

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	BETY GARIZABALO		
Por parte del contratista:	ENEIDA ISABEL JIMENEZ PEREZ		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina de Bienestar Institucional		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	8:00 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
. Apoyar en la planificación, organización y ejecución de las actividades de bienestar	Se brindó apoyo participando en las actividades de planeación del proceso para desarrollo de actividades de bienestar
Realizar la revisión de los documentos solicitados a los contratistas, verificando que estén correctos y ajustados a los acuerdos establecidos.	Se realizó el apoyo necesario para control de la calidad de formatos y trámite de la información
Apoyar en la coordinación de actividades recreativas para los hijos de contratistas, funcionarios y estudiantes de la universidad.	Se brindó apoyo para fortalecer actividades a incluir en la planeación del programa.
Aportar ideas y soluciones creativas para la creación de actividades, eventos y celebridades de bienestar, estando abierta a trabajar en conjunto con el equipo de bienestar institucional	Se participó en la formulación del diseño para la creación de actividades del bienestar institucional.
Apoya en la implementación del plan de acción de bienestar institucional .	Se apoyó en la redacción del plan de acción de bienestar institucional.
. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se asiste a las convocatorias previstas para el proceso .
Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley y las formalizaciones del contrato	Se cumplió con la formalidad de ley establecida .

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: **4.0**

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

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

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

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
INTERVENTOR o SUPERVISOR

ENEIDA ISABEL JIMENEZ PEREZ
CONTRATISTA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-13, 04:26:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079582562

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823353797

PAGADO 12/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ENEIDA ISABEL JIMENEZ PEREZ		
Documento	CC22448455	**Dirección**	CR 26D #68 B - 85
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3246876536
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 22448455	ENEIDA ISABEL JIMENEZ PEREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 500	$ 542.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.