

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: TERCER 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

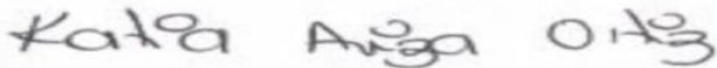
No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 599-790676-61 del Banco Bancolombia

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: katia_ariza@hotmail.com

CELULAR: 3008071848

Barranquilla, 19 de Marzo de 2026



KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ
C.C. 1.140.832.838 de Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Rad: 2026021414 **Fecha:** 24/03/2026 **Hora:** 11:50:58

Asunto: CUENTA DE COBRO 20260019 TERCER 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:	19	de	Marzo	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:	Tercer pago contrato 20260019

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

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%	219.800	Febrero
Pensión	16%	281.300	Febrero
ARL		9.300	Febrero

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:		Nº 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	Me encuentro proyectando el acta virtual extraordinaria del consejo directivo del mes de diciembre.
Proyección y revisión de actos administrativos que deben ser firmados por el Rector y el secretario general.	<p>Realicé revisión jurídica de aproximadamente 11 resoluciones.</p> <div> <div>SOLICITUD VISTO BUENO ASIGNACION</div> <div>  cédula </div> <div> <div>  Karen Juliana Lóp...  Lun 16/03/2026 12:08 Buen día. Remito Resolución para revisión y co... </div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ quitó la confidencialidad </div> <div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ <div>...</div> </div> <div> Para: Karen Juliana López Batista + 1 Mar 17/03/2026 8:54 Ver más </div> <div>  ASIG 2026-1 REGULARES CA 3 DOCX - 349 KB </div> <div>  ASIG 2026-1 DIRIGIDO DOCX - 349 KB </div> </div> </div> </div>

	<p>INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA</p>	<p>FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 4 de 5</p>
---	---	---

	<div> <div>COMPARTO ASIGNACIONES PARA VISTO BUENO</div> <div>  cédula </div> <div> <div>  Karen Juliana Lóp...  Lun 09/03/2026 13:57 Buenas tardes Katia Remito Resoluciones para ... </div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ quitó la confidencialidad </div> <div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ <div>...</div> </div> <div> Para: Karen Juliana López Batista + 1 Lun 09/03/2026 21:58 Ver más </div> <div> <div>  ASIG 2026-1 LICENCIA MAURICI... DOCX - 349 KB </div> <div>  ASIG 2026-1 IUB TE DOCX - 349 KB </div> </div> <div>3 archivos adjuntos (1 MB)</div> </div> </div> </div>
<p>Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.</p>	<p>Asistí a las reuniones que se programaron por parte de la supervisora.</p>
<p>Las demás que se relacionen con la naturaleza del contrato.</p>	<p>Solicite a la aseguradora pronunciamiento de fondo sobre un caso de hurto ocurrido en el año 2025 y, se radicó una nueva reclamación para hacer efectiva la póliza respecto de otro hurto ocurrido en el presente año.</p> <div> <div> Requerimiento formal de respuesta – Reclamación por siniestro equipos tecnológicos IUB – RUI 122958 </div> <div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ <div>...</div> </div> <div> Para: Angela Victoria Hernández Vergara + 1 Sáb 21/02/2026 8:12 Ver más </div> <div> Buenos días. Para su revisión. Cordial saludo. En nombre de la Institución Universitaria de Barranquilla – IUB, de manera respetuosa pero enfática me permito requerir formalmente a la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa para que emita pronunciamiento de fondo, claro y oportuno frente a la reclamación </div> </div> <div> <div> Reclamación de indemnización por siniestro </div> <div>  cédula </div> <div> <div>  KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ  <div>...</div> </div> <div> Para: Angela Victoria Hernández Vergara + 5 Mié 25/02/2026 18:00 Ver más </div> <div> <div>  Denuncia ante la Fiscalía PDF - 3 MB </div> <div>  Facturacion de portatil hurta PDF - 1 MB </div> </div> <div>4 archivos adjuntos (5 MB)</div> <div> Buenas tardes, Mediante el presente escrito formulo reclamación de indemnización en relación con el siniestro derivado del hurto del ordenador portátil propiedad de la IUB, ocurrido bajo las circunstancias ya comunicadas. </div> </div> </div> </div>

	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

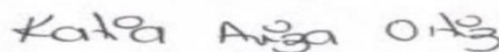
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN		
Compromiso	Fecha de entrega	Responsable
Adquiridos en el contrato	31 de marzo de 2026	Katia Isabel Ariza Ortiz

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

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (19)					
Diecinueve	días del mes de	Marzo	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:	4643746154	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996118664

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	\$ 281.300
SUBTOTAL:			1	\$ 281.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 219.800
SUBTOTAL:			1	\$ 219.800
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:	\$ 2.100
TOTAL PAGADO:	\$ 510.400