LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

HELEN TATIANA MIRANDA GUTIERREZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/L ($3.549.898.oo)

PERIODO A CANCELAR: TERCER PAGO CONTRATO 20260022

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

No. Contrato: 20260022
No. CDP. 260195 **No. RP.** 260034

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 08300000816 delBanco Bancolombia

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: helenmiranda1948@hotmail.com

CELULAR: 300-417-7996

Barranquilla, 19 de MARZO del 2026

HELEN TATIANA MIRANDA GUTIERREZ
C.C. 32.752.006 de Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021416 **Fecha:** 24/03/2026 **Hora:** 11:54:41
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260022 TERCER PAGO
Anexos: 6 FOLIOS
Remite: HELEN TATIANA MIRANDA GUTIERREZ
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Scanned with CamScanner

Fecha:	**19**	**de**	**MARZO**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	**20260022**
Tipo de contrato:	**Prestación de Servicios**
Nombre de Contratista:	**Helen Tatiana Miranda Gutiérrez**
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	**$17.749.490 M/L**			**RP Número:**	**260034**
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 QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/L ($3.549.898.oo)	
Periodo al que corresponde el pago:	**tercer pago contrato 20260022**

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%**	221.100	Febrero de 2026
Pensión	**16%**	283.000	Febrero de 2026
ARL		9.300	Febrero de 2026

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

CONTRATO		20260022		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**17.749.490**	**20260019164**	**53.000**	**01 FEBRERO 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:	Helen Tatiana Miranda Gutiérrez		
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
Estudio de los estatutos y normativa institucional para desarrollar a cabalidad el objeto del contrato.	1. Revisión fundamentos de hecho y de derecho para aprobación por parte de Secretaría General de Resoluciones provenientes de otras áreas o dependencias (6) 2. Proyección Resolución por medio de la cual se modifica la conformación del comité para la baja y la enajenación de bienes de la IUB y se actualiza el procedimiento para retirar del servicio y dar baja de bienes de propiedad de la IUB. 3. Concepto técnico solicitado por la oficina de investigaciones a la SG, sobre delegación de funciones en el Comité de Ética de la Investigación de la IUB. 4. Derecho de Petición ante el Ministerio del Trabajo - Territorial Atlántico.
Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Asistí a las reuniones que se programaron por parte de la supervisora.

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: 3,5

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**31 marzo de 2026**	**HELEN TATIANA MIRANDA GUTIÉRREZ**

Fecha de la próxima reunión	**20**	**De**	**04**	**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 HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor

Helen Tatiana Miranda Gutiérrez
Contratista

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32752006		MIRANDA GUTIERREZ HELEN TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3#22-101	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3353649	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000726	9499814284	I	2026/03/03	2026/03/18	BANCO DE BOGOTA	15	$513,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: PUERTO COLOMBIA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	32752006	MIRANDA HELEN	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EAS027	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32752006		MIRANDA GUTIERREZ HELEN TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3#22-101	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3353649	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000726	9499814284	I	2026/03/03	2026/03/18	BANCO DE BOGOTA	15	$513,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,800	$0	$283,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$2,800	$0	$283,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$100	$0	$9,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$100	$0	$9,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,200	$0	$221,100
FONDO DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	EAS027	800,112,806	2	1	$218,900	$2,200	$0	$221,100
TOTAL				1	$508,300	$5,100	$0	$513,400