INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

DEBE A
YOLIMA PATRICIA MARRIAGA PABON
C.C. 22.517.009

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

PERIODO A CANCELAR: TERCER PAGO CONTRATO 20260018

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

Contrato No. 20260018 No. CDP **260202 No.** RP **260030**

CONSIGNAR EN CUENTA DE AHORRO DE BANCO DE BOGOTA No. 151756475

Barranquilla, 19 de marzo de 2026

YOLIMA PATRICIA MARRIAGA PABON
C.C. 22.517.009
Celular: 3043724918
Yolimamarriagapabon@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021571 **Fecha:** 25/03/2026 **Hora:** 14:57:25
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260018 TERCER PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: YOLIMA PATRICIA MARRIAGA PABON
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	19	de	marzo	de	2026

Acta de recibo Inicial __ Parcial_X_ Final__

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato N° 20260018
Tipo de contrato:	Prestación de servicios de Apoyo a la Gestión.
Nombre de Contratista:	Yolima Patricia Marriaga Pabón
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA ILB	

Valor del contrato:	**$** 16.000.000			**RP Número:**	**260030**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**PRESTACION DE SERVICIOS**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**1-14-2026**		**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:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato: N/A	

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 20260018

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

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)	**Fecha (dd/mm/aaaa)**	

CONTRATO		20260018		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 16.000.000	20260017150	$ 48.000	30-01.2026
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				

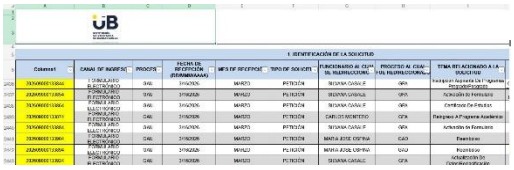
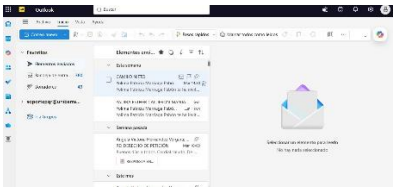
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	Yolima Patricia Marriaga Pabón		
Lugar donde se realiza la reunión	Gestión Atención al usuario campus Barranquilla		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**8: 30 a.m.**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:00 a.m.**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Brindar apoyo a los estudiantes en los niveles, técnico laboral, técnico profesional, tecnológico y profesional universitario en lainformación solicitada por los mismos	Se brindó a los estudiantes en los niveles, técnico Laboral, Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario en la información solicitada por los mismos
Apoyar en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades	Se apoyó en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades

Apoyar en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la unidad en la cual desarrolla las actividades	 Se Apoyó en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la Unidad en la cual desarrolla las actividades
Apoyar en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la unidad.	Se apoyó en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la Unidad
Brindar apoyo en reporte de estadísticas de las actividades que se ejecutan en el proceso.	 Se brindó apoyo en los reportes estadísticos de las actividades que se ejecutan en el proceso
Apoyar en las actividades propias de la dependencia a la cual seencuentra asignado.	 Se Apoyó en las actividades propias de la dependencia a la cual se encuentra asignado

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					
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					
Cumplimiento de la entrega					
Atención al cliente por parte del contratista					

Calificación proveedor o contratista:

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN EL CONTRATO	31 marzo 2026	Yolima Marriaga Pabón

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

Ángela Victoria Hernández Vergara
Secretaria General

Yolima Patricia Marriaga Pabón
Contratista

aportes 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 22517009		MARRIAGA PABON YOLIMA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carr 7b 47a 44	BARRANQUILLA-ATLANTICO	1111111	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	127382511	9499905929	I	2026/03/04	2026/03/10	NU	6	$510,400

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: BARRANQUILLA 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 22517009	MARRIAGA YOLIMA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	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

aportes 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 22517009		MARRIAGA PABON YOLIMA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carr 7b 47a 44	BARRANQUILLA-ATLANTICO	1111111	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	127382511	9499905929	I	2026/03/04	2026/03/10	NU	6	$510,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
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	$900	$0	$219,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$900	$0	$219,800
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$2,100**	**$0**	**$510,400**