| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **20** | **de** | **Abril** | **de** | **2026** |

## Acta de recibo Inicial __Parcial X_Final ____

| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20260447 |
| **Tipo de contrato:** | PRESTACION DE SERVICIOS |
| **Nombre de Contratista:** | NELCY JUDITH PABON ROPAIN |
| **Objeto del contrato:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | **$** 11.571.052 | | | **RP Número:** | 260604 |
| **Rubro:** | **2.1.2.02.009-SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES** | **Fuente de Financiación:** | **RECURSOS PROPIOS** | **Centro de Costo:** | **PRESTACION DE SERVICIOS** |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | **29/01/26** | | **Fecha de finalización:** | **31/05/26** |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | **N/A** | | **Fecha de reinicio:** | **N/A** |

| **INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Adicional al contrato número:** | **NA** |
| **Tipo de contrato:** | **NA** |
| **Nombre de Contratista:** | **NA** |
| **Objeto del contrato:** | |

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

| **INFORMACIÓN DEL PAGO** | |
|---|---|
| **Valor a Pagar: PAGODOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/L ($2.515.446)** | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | **cuarto pago 20260447** |

**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%** | $ 220.400 | MARZO |
| **Pensión** | **16%** | $ 282.100 | MARZO |
| **ARL** | | $ 18.500 | MARZO |

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

| **CONTRATO** | | **20260447** | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | **$11.571.052** | **20260034910** | **$ 35.000** | **18/02/26** |
| **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** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |
| **Estampilla Pro Cultura** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |
| **Bono al Deporte** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |

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

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Interventor(es) o Supervisor (es):** | BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ | | |
| **Por parte del contratista:** | NELCY JUDITH PABON ROPAIN | | |
| **Lugar donde se realiza la reunión** | **Oficina de Bienestar Estudiantil** | | |
| **Hora de inicio (a.m./p.m.)** | 09:00 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 |
|---|---|
| 1.Apoyar como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica del proyecto IUB al territorio. | Se apoyó en la toma de signos vitales a los estudiantes durante su desarrollo académico para monitorear su salud y signos de alarma, se realiza charlas preventivas sobre temas en salud como estilos de vida saludable, no al consumo de sustancias psicoactivas. |
| 2. Apoyar en la planeación y ejecución de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes. | Se realiza charla informando los beneficios que ofrece la afiliación al seguro estudiantil que ofrece la IUB, refrendación de incapacidad, y demás servicios en salud. |

| | |
|---|---|
| 3. Apoyar en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones) | Se apoyó tamizaje de tensión arterial a estudiantes y grupo del talento humano como modo de prevención |
| 4. Apoyar como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas. | Se prestó apoyo como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidad médica. |
| 5. Realizar informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida. | Realizo informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud integral y Calidad de vida. |
| 6. Apoyar como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes. | Realizo apoyo como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes. |
| 7. Apoyar en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes. | Apoyar en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes. |
| 8. Realizar retroalimentación al mensualmente. sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica | Realice retroalimentación al mensualmente. sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica |
| 9. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida. | Aplico la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida. |
| 10.Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. | Realice apoyo en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. |
| 11. El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante. | Me compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante. |
| 12. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. | Asisto a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. |
| 13. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato. | Realizo pago de seguridad social de mes laborado |
| 14.Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo a modelo suministrado. | Presento informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo a modelo suministrado. |

**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: 5.0

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de la próxima reunión** | 20 | **De** | MAYO | **de** | 2026 |

| Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20) días del mes de abril 2026 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| veinte | días del mes de | ABRIL | de | 2026 |

**BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ**
**Supervisor o Interventor**

**NELCY JUDITH PABON ROPAIN**
**Contratista**