INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

DEBE A
LIZETH PATRICIA BLANQUICETT FERRER
CC. No. 1042.436.897

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/L ($2.874.000).

PERIODO PARA CANCELAR: Cuarto pago Contrato **20260160**

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

No. Contrato: 20260160 **No. CDP: 260437** **No. RP: 260220**

Consignar en cuenta de Ahorro de Banco DAVIVIENDA No. 027070092302

Soledad, 20 de abril de 2026

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021807 **Fecha:** 20/04/2026 **Hora:** 09:17:53
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260160 CUARTO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: LIZETH PATRICIA BLANQUICETT FERRER
Destino: MELISSA DAVID DIAZ



LIZETH PATRICIA BLANQUICETT FERRER
CC. N° 1042.436.897 Soledad
Cel: 3045617080-3003433383
Correo: lizethblanquicettferrer@gmail.com
apoyoadmisiones2@unibarranquilla.edu.co

Fecha:	**20**	**de**	**abril**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _x_ Final ___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	**Contrato No. 20260160**
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.
Nombre de Contratista:	**Lizeth Patricia Blanquicett Ferrer**
Objeto del contrato: CONTRATO No. **20260160** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB.	

Valor del contrato:	**$ 14.370.000**			**RP Número:**	**260220**
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 SERVICIO
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**24 de enero de 2026**		**Fecha de finalización:**	**31 de mayo de 2026**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N/A
Tipo de contrato:	N/A
Nombre de Contratista:	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 Para Pagar Parcial: DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/L ($ 2.874.000).	
Periodo al que corresponde el pago:	Cuarto Pago Contrato **20260160**

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	marzo 2026
Pensión	**16%**	$ 280,200	marzo 2026
ARL		$ 9,200	marzo 2026

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

CONTRATO		**20260160**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 14.370.000	20260016348	$ 43.000	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

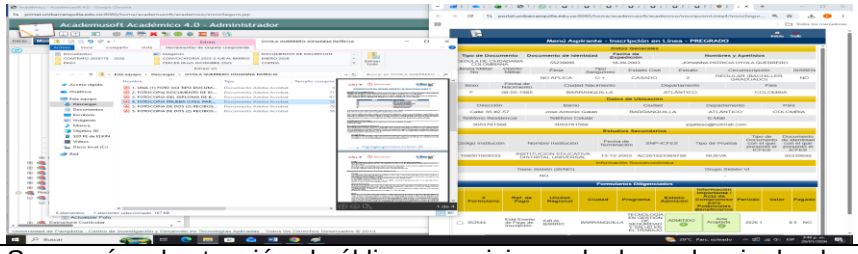
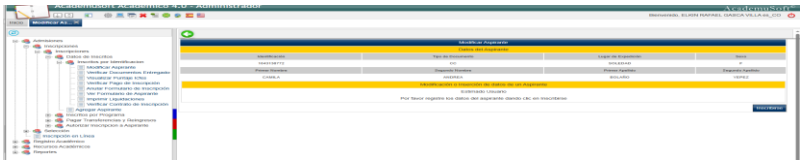
ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

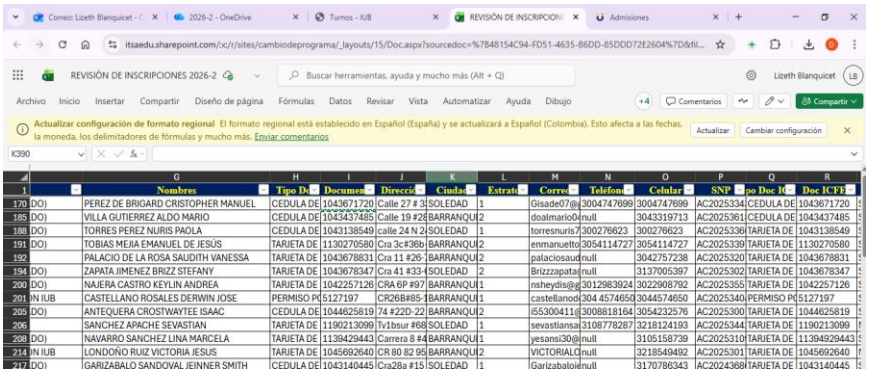
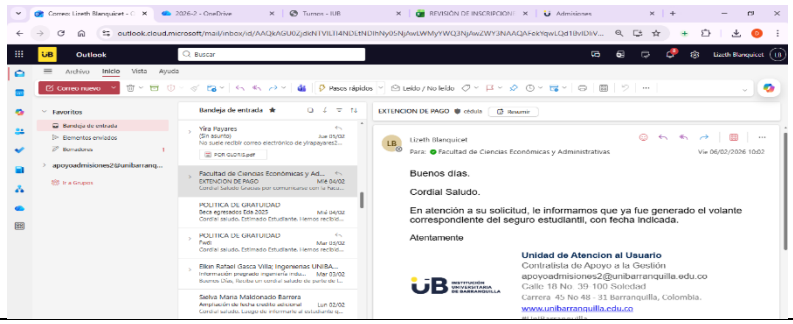
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Electrificación Rural	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Desarrollo	N/A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

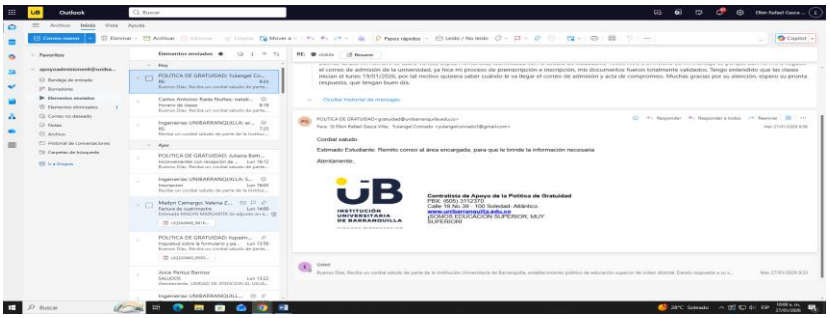
ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Iván Alberto Márquez Díaz		
Por parte del contratista:	Lizeth Patricia Blanquicett Ferrer		
Lugar donde se realiza la reunión	Gestión Atención al Usuario Campus Soledad		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	4:00 p.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	5:00 p.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 la información 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	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

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 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 se encuentra 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					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

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
LOS ADQUIRIDOS EN EL CONTRATO	**28-02-2026**	**Lizeth Patricia Blanquicett Ferrer**

Fecha de la próxima reunión	**19**	**De**	**mayo**	**de**	**2026**

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

IVÁN ALBERTO MÁRQUEZ DÍAZ
SUPERVISOR O INTERVENTOR

Lizeth Patricia Blanquicett Ferrer
CONTRATISTA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042436897		BLANQUICETT FERRER LIZETH PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 N 13 38	SOLEDAD-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	221427210	9502596332	I	2026/04/24	2026/04/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
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		$508,300
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	1042436897	BLANQUICETT LIZETH																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**