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: CUARTO 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

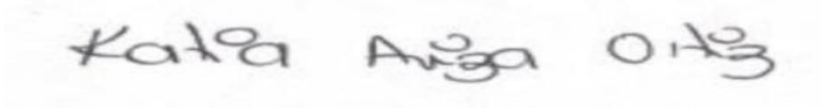
No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 599-790676-61 del Banco Bancolombia

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: katia_ariza@hotmail.com

CELULAR: 3008071848

Barranquilla, 20 de Abril de 2026



KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ
C.C. 1.140.832.838 de Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022066 **Fecha:** 22/04/2026 **Hora:** 14:51:34
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260019 CUARTO PAGO
Anexos: 6 FOLIOS
Remite: KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	**20**	**de**	**Abril**	**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:	**Cuarto pago contrato 20260019**

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%**	220.000	Marzo
Pensión	**16%**	281.600	Marzo
ARL		9.300	Marzo

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

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				

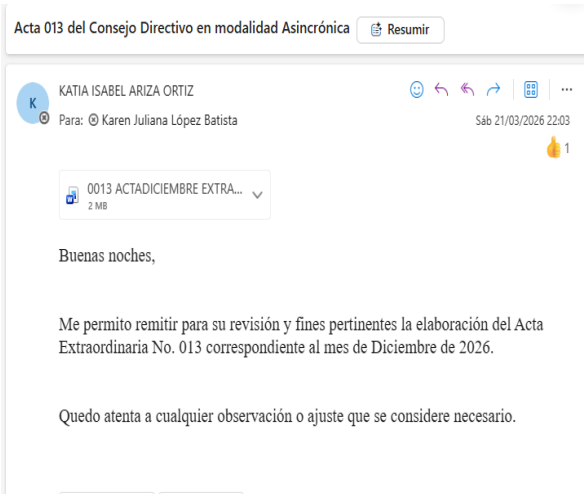
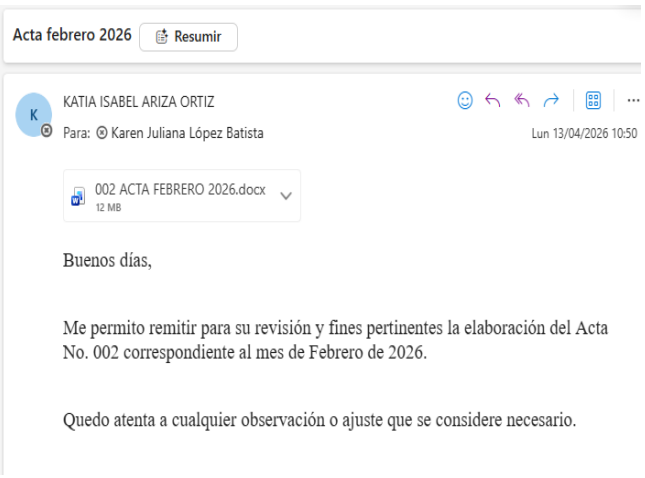
ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA				
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
Bono al Deporte				

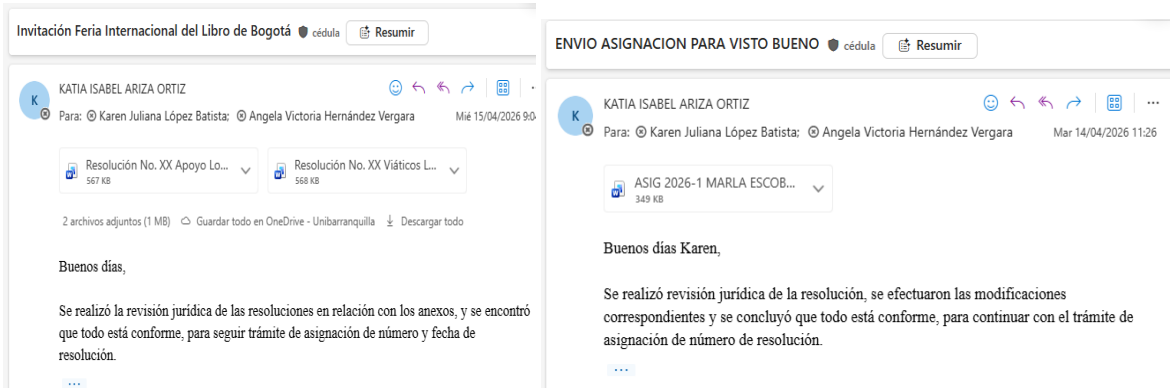
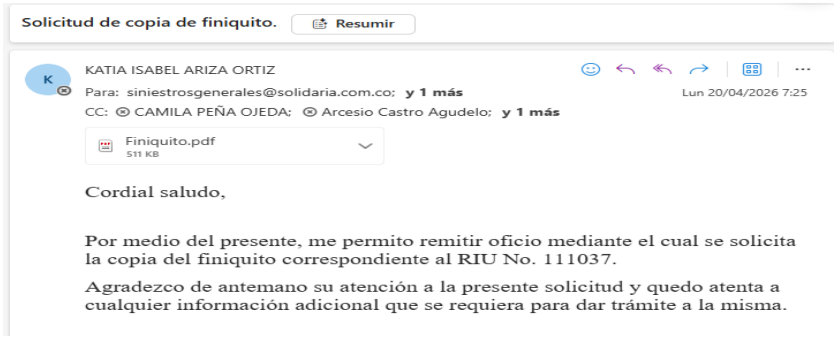
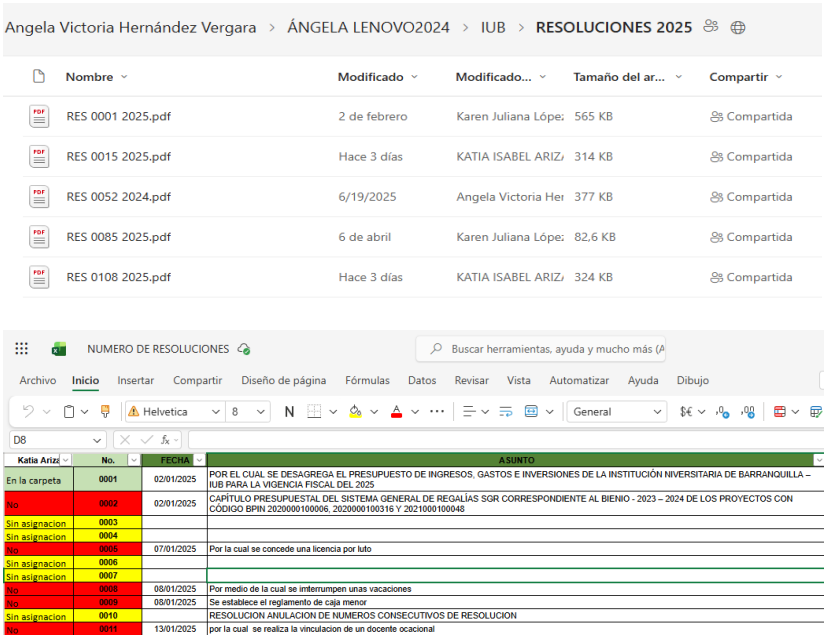
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria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

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	Katia Isabel Ariza Ortiz		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede Granadillo		
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	Realice acta virtual extraordinaria del consejo directivo del mes de diciembre y el acta ordinaria del mes de febrero.  Acta 013 del Consejo Directivo en modalidad Asincrónica Resumir KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ Para: Karen Juliana López Batista Sáb 21/03/2026 22:03 0013 ACTADICIEMBRE EXTRA... 2 MB Buenas noches, Me permito remitir para su revisión y fines pertinentes la elaboración del Acta Extraordinaria No. 013 correspondiente al mes de Diciembre de 2026. Quedo atenta a cualquier observación o ajuste que se considere necesario.  Acta febrero 2026 Resumir KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ Para: Karen Juliana López Batista Lun 13/04/2026 10:50 002 ACTA FEBRERO 2026.docx 12 MB Buenos días, Me permito remitir para su revisión y fines pertinentes la elaboración del Acta No. 002 correspondiente al mes de Febrero de 2026. Quedo atenta a cualquier observación o ajuste que se considere necesario.

Proyección y revisión de actos administrativos que deben ser firmados por el Rector y el secretario general.	Realicé revisión jurídica de resoluciones. 
Las demás obligaciones que se deriven y tenga relación con el objeto contractual y las actividades propias de la Secretaria General.	Solicite a la aseguradora una documentación de finiquito para el pago de un caso del año 2024. 
	Organice y revise el archivo de Secretaria General de las Resoluciones del año 2025. 

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: 4,8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**30 de abril de 2026**	**Katia Isabel Ariza Ortiz**

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





ÀNGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor

KATIA ISABEL ARIZA ORTIZ
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

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:	**4647483824**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996503110

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	$ 281.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 281.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 220.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 220.000**
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:	**$ 2.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 510.900**

Planilla Pagada