INSTITUCIÓNUNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

TANIA SAMIRA SOTOMAYOR QUINTERO

VALOR DEL PAGO: un millón ochocientos seis mil ciento cuarenta pesos ($1.806.140)

PERIODO A CANCELAR: cuarto pago contrato 20260228

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla – IUB.

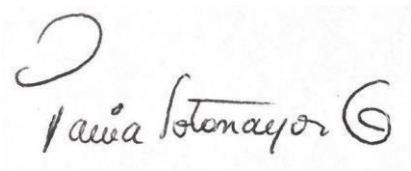
No. Contrato. 20260228

No. CDP. 260090 **No. RP.** 260047

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros Bancolombia No. 40425489872

LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO: Campus Barranquilla

Soledad, 20 de Abril del 2026.



Tania Samira Quintero Sotomayor
C.C 22.736.847

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026022309 **Fecha:** 29/04/2026 **Hora:** 09:06:33
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260228 CUARTO PAGO
Anexos: 6 FOLIOS
Remite: TANIA SAMIRA SOTOMAYOR QUINTERO
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, comprobante pago de estampillas contrato.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA VIGILADA MINEDUCACIÓN	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍAO SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 4

Fecha:	**20**	**de**	**Abril**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial _ Parcial X _Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contratonúmero:	20260228
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	Tania Samira Sotomayor Quintero
Objeto del contrato:	Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB

Valor del contrato:	$19.867.544 M/L			**RP Número:**	260047
Rubro:	2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOSA LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centrode Costo:**	PRESTACION DE SERVICIOS
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**	15 de enero de 2026		**Fecha de finalización:**	31 de Mayo de 2026
Suspensiónde 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:**		**Centrode Costo:**	
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN DELPAGO

Valor a Pagar Parcial: un millón ochocientos seis mil ciento cuarenta pesos ($1.806.140)

Periodo al que corresponde el pago:	Pago inicial contrato 202602

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

ACREDITACIONPAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	*$225.800*	*Marzo y Abril de 2026*
Pensión	**16%**	*$289.000*	*Marzo y Abril de 2026*
ARL		*$9.500*	*Marzo y Abril de 2026*

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL– REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)	**No Aplica**

CONTRATO		20250646		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	
Estampilla ITSA	$19.867.544 M/L	20260008159	$60.000	30/01/2026
Estampilla Pro– Dotación (Tercera Edad)	$19.867.544 M/L	20260008144	$497.000	30/01/2026
Estampilla Pro-Cultura	$19.867.544 M/L	20260008140	$99.000	30/01/2026
[JF1]**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				
Estampilla Pro– Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	

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 ALA REUNIÓN

Interventor(es)o Supervisor (es):	María José Ospina Figueroa		
Por parte del contratista:	Tania Samira Sotomayor Quintero		
Lugar donde se realiza la reunión	Microsoft Teams		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	03:00 pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	03:30 pm

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
1. Apoyar en la planeación, gestión, desarrollo, seguimiento y control de los proyectos desarrollados desde la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Se ha apoyado en la planeación, gestión, desarrollo seguimiento y control de los proyectos desarrollados desde la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, dentro de los que se encuentra.
2. Recolectar y analizar datos relacionados con los proyectos para identificar oportunidades de mejora y tomar decisiones informadas.	Se han analizados datos relacionados a proyectos con la finalidad de identificar mejoras y tomar decisiones de haber lugar a ellas.
3. Participar en reuniones y mesas de trabajo para facilitar el diálogo entre las partes interesadas	Se ha participado a las reuniones y mesas de trabajo citadas por el supervisor del contrato.
4. Asistir a las reuniones que convoque al supervisor del contrato.	Se han asistidos a las reuniones convocadas por el supervisor.
5. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.	Se actúa con eficiencia, celeridad y calidad en la ejecución de las actividades y/o compromisos.
6. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Se asumen los gastos y riesgos que implica el desarrollo del vigente contrato.
7. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.	Se desarrolla el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.
8. Encontrarse al día de pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Se entrega evidencia del pagode los aportes parafiscales.

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 AEVALUAR	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	

Calificaciónproveedor o contratista: 4,0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAINTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
NA	**NA**	**NA**

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	de	2026

MARIA JOSE OSPINA FIGUEROA
INTERVENTOR O SUPERVISOR

TANIASAMIRASOTOMAYOR QUINTERO
CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22736847
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TANIA SAMIRA SOTOMAYOR QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	BARRANQUILLA	TELÉFONO:	8888888
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6011636519**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		206242600	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 289.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.000	$ 0	$ 289.000
SUBTOTALES:										**$ 289.000**	**$ 0**	**$ 289.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 225.800
SUBTOTALES:													**$ 225.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 22736847	SOTOMAYOR QUINTERO TANIA SAMIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.806.200				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.806.200	$ 289.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 289.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.806.200	$ 225.800	$ 0	$ 225.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.806.200	22736847	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 524.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	22736847
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			TANIA SAMIRA SOTOMAYOR QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	BARRANQUILLA	TELÉFONO:	8888888
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6014973931**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/08			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 289.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.000	$ 0	$ 289.000
SUBTOTALES:										**$ 289.000**	**$ 0**	**$ 289.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.800	$ 0	$ 0	$ 225.800
SUBTOTALES:													**$ 225.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 22736847	SOTOMAYOR QUINTERO TANIA SAMIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.806.200				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.806.200	$ 289.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 289.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.806.200	$ 225.800	$ 0	$ 225.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.806.200	22736847	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 524.300

Planilla NO Pagada