Fecha:	**21**	**de**	**julio**	**de**	**2026**

Acta de recibo Inicial __Parcial _Final x_____

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:	20260447
Tipo de contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Objeto del contrato: ADICIONAR Y PRORROGAR el Contrato No. 20260447 suscrito con el contratista NELCY JUDITH PABÓN ROPAIN con el objeto de: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del adicional contrato:	**5.030.892**	**Valor Total Del Contrato**	16.601.944	**RP Número:**	262011	
Rubro:	2.1.2.02.02.009-SERVICIOS PARA LACOMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS DELA NACION	**Centro de Costo:**	PIC ENFOQUE TERRITORIAL (PIC ET) 2025	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	29-01-2026		**Fecha de finalización:**	**31/07/2026**	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**NA**		**Fecha de reinicio:**	**NA**	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar: PAGO DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/L ($2.515.446)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Septimo pago contrato 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%**	$ 218.900	JUNIO
Pensión	**16%**	$ 280.200	JUNIO
ARL		$ 18.300	JUNIO

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		20260447		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**5.030.982**	**20260066717**	**$15.000**	**17/06/26**
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: **4.0**

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

Fecha de la próxima reunión	N/A	**De**		**de**	

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (21) días del mes de julio 2026				
veintiuno	días del mes de	julio	de	2026

BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ
Supervisor o Interventor

NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Contratista