INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

MILDRE ESTHER MARIO ORTIZ

C.C 1.129.570.481 de Barranquilla

VALORDEL PAGO: $2.515.446 DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/L

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

PERIODO ACANCELAR: PAGO FINAL DEL CONTRATO No. 20261013

No. Contrato 20261013 No. CDP. 261825 No. RP.No.263084

No. CUENTAPARACONSIGNAR: Cuenta de ahorro 026200780257 Davivienda

Barranquilla, 21 de SEPTIEMBRE de 2026

MILDREESTHERMARIO ORTIZ
CC. 1.129.570.481 De Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026025175 **Fecha:** 30/09/2026 **Hora:** 09:43:26
Asunto: CUENTA DE COBRO 20261013 SEGUNDO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: MILDRE ESTHER MARIO ORTIZ
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Fecha:	21	de	SEPTIEMBRE	del	2026

Acta de recibo Inicial_____Parcial _Final_X_

x

INFORMACIÓNGENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20261013
Tipo de contrato:	PRESTACIÓNDE SERVICIOSDE APOYO ALAGESTIÓN
Nombre de Contratista:	MILDRE ESTHER MARIO ORTIZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOSDE APOYO ALAGESTIÓN EN LAINSTITUCIÓN UNIVERSITARIADE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	$5.030.892,00 CINCO MILLONES TREITA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS		**RPNúmero:**	263084	
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD,SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	PRESTACION DE SERVICIOS
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	10/08/2026	**Fecha de finalización:**	30/09/2026	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**		**Fechade reinicio:**		

INFORMACIÓNADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:		**ValorTotalDel Contrato**		**RPNúmero:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centrode Costo:**	
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN DEL PAGO
Valor a pagar: $2.515.446

Periodo al que corresponde el pago:	**PAGO FINAL DEL CONTRATO No. 20261013**

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				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	12.5%	$218.900	AGOSTO
Pensión	16%	$280.200	AGOSTO
ARL		$9.200	AGOSTO

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

CONTRATO		20261013		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$5.030.892,00	20260087513	$ 15.000	18/08/2026
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				

PAGODE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N°Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fechade 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 ALAREUNIÓN

Interventor(es)o Supervisor (es):	BETTY LUZ GARIZABALO PEREZ		
Por parte del contratista:	MILDRE ESTHER MARIO ORTIZ		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA BIENESTAR INSTITUCIONAL**		
Horade inicio (a.m./p.m.)		**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	

VERIFICACIÓNDELCUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/OACTIVIDADES CONTEMPLADAS ENELCONTRATO

Actividad /Compromiso	**Justificación/ Observación**
1.Apoyar como auxiliar deenfermería en la atención alacomunidad académica.	Se prestóapoyocomo auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica.
2.Apoyarcomoauxiliar deenfermería enlasactividades de valoración de deportistas y artistas.	Estas se realizan cuando los deportistas o artistas van a salir a competencias externas y los nuevos ingresos a las diferentes disciplinas deportivas, de arte y música Se realizarán cuando sean remitidos por los docentes de estas disciplinas.
3. Apoyar enla planeación yejecución de charlasinformativassobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes.	Seprestóapoyo en la realizacióndecharlasinformativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes
4. 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 prestó apoyo en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable(talleres, actividades, jornadas y valoraciones).
5.Apoyar comoauxiliar deenfermería enla ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas.	Se prestóapoyocomo auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas.
6. Realizar informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en lalínea de acción Salud Integral yCalidad de Vida	Se realizó informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida
7. Apoyar comoauxiliar de enfermería en la valoraciónmédicade estudiantes.	Seprestó apoyocomoauxiliar deenfermería en la valoración médica de estudiantes.

Actividad /Compromiso	Justificación/ Observación
8. Apoyar enla verificacióndelaspólizas del seguroestudiantil contra accidentes.	Se prestóapoyo en la verificación delas pólizas del seguro estudiantil contra accidentes.
9. Realizar retroalimentacióNal sistema deGestión deInformación de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la académica mensualmente.	Se prestó apoyo en actividades de retroalimentación al sistema de Gestión de Información deBienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente.
10. 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.	Se prestó apoyo en la aplicación de la encuesta de satisfacción al clientedelas actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida.
11. Apoyar enlasdiferentes actividades del procesodeGestiónde Bienestar Institucional.	Se prestóapoyo enlas diferentesactividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.
12. 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.	Se mantuvo la información confidencial entregada en estricta reserva y no se revelo ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.
13.Asistiralasreuniones que convoque el supervisor del contrato.	Seasistecuando se convoca.
14.Cumplir conloslineamientos establecidos por el Sistemade Gestión de la Calidad Institucional.	Se cumplió conlos lineamientos establecidos por el sistema de gestión de la calidad institucional.

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR OCONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y5 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	

Calificación proveedor o contratista: **4.0**

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAINTERVENTORÍAOSUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión					

Para constancia delo anterior, firman a presente acta los que en ella intervinieron a los (21) días del mes de SEPTIEMBRE de2026.

Veintiún	Días del mes de	SEPTIEMBRE	de	2026

BETTY LUZ GARIZABALO PÉREZ
INTERVENTOR o SUPERVISOR

MILDRE ESTHER MARIO ORTIZ
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 1129570481		MARIO ORTIZ MILDRE ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 3 A # 51 C 68	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3004546556	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	93006541	9510408782	I	2026/09/17	2026/09/04	BANCO DE OCCIDENTE	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: BARRANQUILLA 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	1129570481 MARIO MILDRE																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**