Fecha:	**14**	**de**	**Junio**	**de**	**2023**

Acta de recibo Inicial __ Parcial_X_Final_

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	087-2023
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
Nombre de Contratista:	CAMILA SOFIA ARAUJO OROZCO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB.	

Valor del contrato:	NUEVE MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS MONEDA LEGAL ($9.139.351).			**RP Número:**	**230175**
Rubro:	2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	**Fuente de Financiación:**	DISTRITO	**Centro de Costo:**	SECRETARIA GENERAL
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	07/02/2023		**Fecha de finalización:**	30/04/2023
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	CESION DEL CONTRATO 087-2023 CON ADICION 001
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
Nombre de Contratista:	CAMILA SOFIA ARAUJO OROZCO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB.	

Valor del adicional contrato:	**$** 4.470.335	**Valor Total Del Contrato**	**$** 13.609.686	**RP Número:**	230698	
Rubro:	2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	SECRETARIA GENERAL	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	28/04/2023		**Fecha de finalización:**	14/06/2023	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A	

INFORMACIÓN DEL PAGO

Valor a Pagar Final: DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS VEINTITRÉS PESOS MONEDA LEGAL ($2.980.223).	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer Pago de Adicional**

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	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Cumplimiento	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Anticipo	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Pago anticipado	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Salarios y prestaciones	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Responsabilidad Civil Extracontractual	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Otros	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE: ENERO**
Salud	**12.5%**	$ -	Certificado
Pensión	**16%**	$ -	Certificado
ARL		$ -	Certificado

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

CONTRATO		**087-2023**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$9.139.351**	**20220077859**	**$27.000**	**03/02/2023**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro Cultura	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Bono al Deporte	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**

ADICIONAL DEL CONTRATO		**CESION DEL CONTRATO 087-2023 CON ADICION 001**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 4.470.335**	**20230030626**	**$ 13.000**	**14/06/2023**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro Cultura	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Bono al Deporte	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro-Electrificación Rural	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro-Cultura	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro-Desarrollo	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
Estampilla Pro-Anciano	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	KARAM NASSIF ABUITA CORREA		
Por parte del contratista:	CAMILA SOFIA ARAUJO OROZCO		
Lugar donde se realiza la reunión	**OFICINA DE SECRETARÍA GENERAL**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00AM**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Celebrar procesos de contratación directa de la Institución.	Se proyectaron 246 contratos en la plataforma de secop II en el mes de Mayo.
2. Revisión de documentos precontractuales.	Fueron revisados documentos precontractuales enviados por los supervisores de cada proceso.
3. Seguimiento al informe mensual que se rinde a la Contraloría Distrital.	Se elaboraron expedientes con todos los soportes para el cargue efectivo al sia observa.
4. Realizar seguimiento de los contratos y su legalización.	Se verificó el estado de cada contrato y su ejecución en la plataforma.

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: __5.0___

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

Fecha de la próxima reunión		**De**		**de**	

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (14)				
catorce	días del mes de	abril	de	2023

KARAM NASSIF ABUITA CORREA
Supervisor o Interventor

CAMILA SOFIA ARAUJO OROZCO
Contratista