Fecha:	08	**de**	agosto	**de**	2024

Acta de recibo Inicial X Parcial __Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato N° PS 20240648
Tipo de contrato:	Prestación de servicios de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	Maribel Mariana Mejía Alonso
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.	

Valor del contrato:	$ 4.152.640			**RP Número:**	241507
Rubro:	2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	25 de julio de 2024		**Fecha de finalización:**	8 de septiembre de 2024
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N/A
Tipo de contrato:	N/A
Nombre de Contratista:	N/A
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:	N/A	**Valor Total Del Contrato**	N/A	**RP Número:**	N/A
Rubro:	N/A	**Fuente de Financiación:**	N/A	**Centro de Costo:**	N/A
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	N/A		**Fecha de finalización:**	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO

Valor a Pagar: $2.076.320 dos millones setenta y seis mil trescientos veinte pesos m/l	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer Pago contrato 20240648

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%**	$ 163.300	JUNIO
Pensión	**16%**	$ 209.000	JUNIO
ARL		$ 6.800	JUNIO

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

CONTRATO		20240648		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla IUB	$ 4.152.640	20240049681	$ 12.000	23/07/2024
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla IUB	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera	N/A	N/A	N/A	N/A

Edad)				
Estampilla Pro Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
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 A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Arcesio Julián Castro Agudelo		
Por parte del contratista:	Maribel Mariana Mejia Alonso		
Lugar donde se realiza la reunión	Campus Contact Center IUB Soledad		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	12:00 PM

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Atender el Contact Center de acuerdo a las campañas asignadas.	Se atendió el Contact Center de acuerdo a las campañas asignadas en el mes.
Cumplir la implementación de Campañas planeadas y presentar los resultados obtenidos.	Se cumplió con la implementación de Campañas planeadas y resultados obtenidos en el mes.
Cumplir los protocolos y reglamentos establecidos para la promoción de los servicios de la institución y la atención al usuario.	Se Cumplió con los protocolos y reglamentos establecidos para la promoción de los servicios de la institución y la atención al usuario en el mes.
Apoyo en las actividades de promoción de la Institución lideradas por la unidad.	Se apoyó en las actividades de promoción de la Institución lideradas por la unidad en el mes.
Apoyo en la atención al público y servicios de la unidad donde desarrolla las actividades	Se apoyó y se brindó asesoría al público y servicios de la unidad en el mes.
Cumplir de buena fe con el objeto del contrato	Se cumplió con lo pactado del contrato.
Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se asistió a las reuniones convocadas por el supervisor del contrato
Apoyo en la atención de las Redes Sociales Institucionales	Se atendió a los usuarios, en sus dudas y requerimientos por medio de las redes sociales en el mes.

Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad	Los soportes de pago de los impuestos se enviaron a secretaria general.
Encontrarse al día en el pago de los aportes de seguridad social durante la ejecución del contrato.	Se asumen los gastos correspondientes al pago de la seguridad social.
Presentar la cuenta de cobro	Se presenta cuenta de cobro correspondiente al periodo del mes.
Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.	Se legalizo el contrato dentro de los 5 días siguientes a la suscripción de esté al firmar y cancelar los impuestos de la planillaIUB.

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

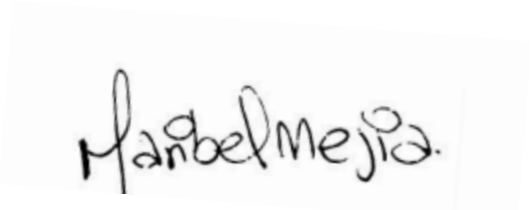
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Atender el Contact Center de acuerdo a las campañas asignadas.	**08/08/2024**	**Contratista**
Cumplir la implementación de Campañas planeadas y presentar los resultados obtenidos.	**08/08/2024**	**Contratista**
Cumplir los protocolos y reglamentos establecidos para la promoción de los servicios de la institución y la atención al usuario.	**08/08/2024**	**Contratista**
Apoyo en las actividades de promoción de la Institución lideradas por la unidad.	**08/08/2024**	**Contratista**
Apoyo en la atención al público y servicios de la unidad donde desarrolla las actividades	**08/08/2024**	**Contratista**
Cumplir de buena fe con el objeto del contrato	**08/08/2024**	**Contratista**
Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	**08/08/2024**	**Contratista**
Apoyo en la atención de las Redes Sociales Institucionales	**08/08/2024**	**Contratista**
Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajosu propia responsabilidad	**08/08/2024**	**Contratista**
Encontrarse al día en el pago de los aportes de seguridad social durante la ejecución del contrato.	**08/08/2024**	**Contratista**
Presentar la cuenta de cobro	**08/08/2024**	**Contratista**

Fecha de la próxima reunión	26	**De**	agosto	**de**	2024

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (08)				
Ocho	días del mes de	Agosto	de	2024



Nombre Arcesio Julián Castro Agudelo.
SUPERVISOR o INTERVENTOR.



Nombre Maribel Mariana Mejia Alonso.
CONTRATISTA.

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1045722437 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-06	230301	800224808	PORVENIR	1	6	208.000	1.000	209.000
Período salud:	2024-06	EPS005	800251440	SANITAS	1	6	162.500	800	163.300
Planilla Nro.:	30169987 Tipo I	14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	6	6.800	100	6.900
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	6	0	0	0
Fecha transacción:	2024-07-16	PASENA	899999034	SENA	0	6	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	6	0	0	0
Transacción:	780344017	PAESAP	899999054	ESAP	0	6	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	6	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 379.200

PAGADO