INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

NELCY JUDITH PABON ROPAIN

C.C 1.047.339.601

VALOR DEL PAGO: Dos millones setenta y seis mil trecientos veinte pesos, moneda legal **($ 2.076.320)**

PERIODO A CANCELAR: Primer pago del contrato 20240950

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

No. Contrato: 20240950- 2024 **No. CDP.** 240877 **No. RP.** 242920

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: *33019569328 de Bancolombia*

Santo Tomas, 16 de diciembre de 2024

Nelcy Pabon

NOMBRE COMPLETO
C.C 1.047339.601 de Santo tomas
Celular: 3004106055
Correo: nelcypabon31@hotmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 20854 **Fecha:** 19/12/2024 **Hora:** 14:54:53
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240950 PRIMER PAGO
Anexos: 13 FOLIOS
Remite: NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**16**	**de**	**DICIEMBRE**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial __ Parcial __ Final X__

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240950
Tipo de contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO
Nombre de Contratista:	NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$2.076.320**			**RP Número:**	242920
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**12-12-2024**		**Fecha de finalización:**	**21-12-2024**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**NA**		**Fecha de reinicio:**	**NA**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	NA
Tipo de contrato:	NA
Nombre de Contratista:	NA
Objeto del contrato: NA	

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

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: DOS MILLONES SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS ($2.076.320)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago del contrato 20240950

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%**	$	
Pensión	**16%**	$	
ARL		$	

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

CONTRATO		**20240950**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	2.076.320	20240093304	6.000	13/12/2024
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro Cultura	**NA**	**NA**		
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	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
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):	**SAYURIS T. NARVÁEZ RODRÍGUEZ**		
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.
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
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 en toma de glucómetria a estudiantes y grupo del talento humano como modo de prevención y control de glucosa en sangre.

4. Apoyar como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas.	No ejecute esta actividad
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.	Pendiente por ejecutar.
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.O

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 (16-12-24)				
Dieciséis	días del mes de	diciembre	de	Dos mil veinte cuatro

SAYURIS TERESA NARVAEZ RODRIGUEZ
Supervisor o Interventor

Nelcy Pabón
NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Contratista

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1047339601
Nombres:	NELCY JUDITH
Apellidos:	PABON ROPAIN
No. de Carnet:	9809D53472658145E053020213AC9A64
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	ATLANTICO-SANTO TOMAS
Categoria:	A

VIGILADO Supersalud

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el Wednesday, November 20, 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el Friday, December 20, 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NELCY JUDITH PABON ROPAIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.339.601**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Identificada con NT No. 802011065

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2540576402304, a partir del 01 de Julio del año 2021.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1047339601	NELCY JUDITH PABON ROPAIN	INDEPENDIENTES RIESGO I	1	0.522%	14/12/2024	14/01/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 14 de Diciembre del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



SÃibado, 14 de Diciembre de 2024

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240093304**
Fecha Emisión:	13/12/2024
Identificación:	1047339601
Declarante:	NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 2.076.320
Fecha Pago:	13/12/2024
Monto Pagado:	$ 6.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240950, CONTRATO SECOP: 20240950
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificado
Bancario

Lunes, 25 de noviembre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NELCY JUDITH PABON ROPAIN identificado(a) con CC 1047339601, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	33019569328	2021/03/11	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 12 de DICIEMBRE del 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

ciudad.

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI [X] NO [ ]

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI [ ] NO [X]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [ ] NO [X]

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

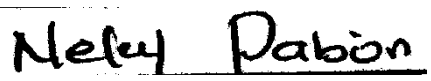
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [X]

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI [ ] NO [X]

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



Nombre de contratista
NELCY PABON ROPAIN
C.C 1047339601 de SANTO TOMAS

ACTA DE COMPROMISO

Entre los suscritos a saber, **SAYURIS TERESA NARVÁEZ RODRÍGUEZ** en mi condición de supervisor del CONTRATO Y/O CONVENIO No. 20240950 en representación de la **Institución Universitaria de Barranquilla - IUB**, y **NELCY JUDITH PABON ROPAIN** en mi condición de contratista identificado como aparece al pie de la correspondiente firma, se suscribe el presente acuerdo, previa las siguientes consideraciones:

El día 12 del mes de DICIEMBRE de 2024, entre la **Institución Universitaria de Barranquilla - IUB** y **NELCY JUDITH PABON ROPAIN** se suscribió el contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No. 20240950, en el cual se pactó como plazo de ejecución **hasta el 21 de diciembre de 2024** y la forma de pago estipulada se pactó de la siguiente forma:

***FORMA DE PAGO**: Un (1) pago por valor de Dos Millones Setenta y Seis Mil Trecientos Veinte pesos M/L ($2.076.320) al finalizar el plazo del contrato.*

Qué en cumplimiento de la forma de pago pactada, y de conformidad con la Circular de Pago Número **VAF N° 08-2024 del 10 de Diciembre de 2024**, expedida por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera, la fecha límite para el pago de honorarios a contratistas y recibir a satisfacción, así como la recepción de la documentación y envío de las cuentas de cobros o facturas, será hasta el día **MARTES 17 DE DICIEMBRE DE 2024**; fecha en la cual se realizará el cierre contable y presupuestal 2024. Así las cosas, hasta esta fecha se dará trámite a la gestión de pagos desde el área de Contabilidad, actividad que deberá ser realizada a través de la plataforma denominada “Gestasoft 4.0”.

Que en virtud de lo anteriormente expuesto y con el fin de cumplir con el pago de los honorarios pactados dentro de la vigencia fiscal 2024, se hace necesario autorizar la presentación o radicación anticipada de la cuenta de cobro del pago número 001, comprendido entre el 01 de diciembreal 21de diciembrede 2024,atendiendo la fecha límite establecida por la **Institución Universitaria de Barranquilla - IUB** en la Circular antes mencionada.

Por lo anterior, **NELCY JUDITH PABON ROPAIN**, en mi condición de contratista me comprometo a seguir cumpliendo con las actividades y obligaciones establecidas en el contrato suscrito, especialmente las que deban ejecutarse durante el periodo comprendido entre el 01 de diciembre al **21** de diciembre del 2024, con los soportes a que haya lugar.

La presente acta de compromiso se suscribe por quienes en ella han intervenido, en el mes de diciembre de 2024.



SAYURIS T. NARVÁEZ RODRÍGUEZ
SUPERVISOR
C.C. 22.519.387 de Barranquilla
Supernumerario Responsable de Gestión
de Bienestar Institucional



NELCY JUDITH PABON ROPAIN
CONTRATISTA
C.C. 1047339601 de SANTO TOMAS