

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

CARLOS FABIAN ALGARIN

CC. 72016420

T.P 08-002548 DE 30 DE NOV. 1998

VALOR DEL PAGO: CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000)

PERIODO A CANCELAR: Primer pago del contrato 20250263

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB

No. Contrato: No. 20250263 **CDP. 250241 No. RP. 250436**

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: No. **759421340** del banco *BBVA*

Barranquilla, 20 de febrero de 2025



CARLOS FABIAN ALGARIN

CC. 72016420

T.P 08-002548 DE 30 DE NOV. 1998

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA


Rad: 250674 **Fecha:** 06/03/2025 **Hora:** 11:01:02

Asunto: CUENTA DE COBRO 20250263 PRIMER PAGO

Anexos: 15 FOLIOS

Remite: CARLOS FABIAN ALGARIN

Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 8
--	---	--

Fecha:	20	de	febrero	de	2025
--------	----	----	---------	----	------

Acta de recibo Inicial x Parcial Final

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250263
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	CARLOS FABIAN ALGARIN
Objeto del contrato: Prestación de servicios profesionales en la institución universitaria de barranquilla -IUB	

Valor del contrato:	\$16.000.000	RP Número:	250436
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	Fuente de Financiación:	RECURSOS PROPIOS
			RECTORIA
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	18-02-2025	Fecha de finalización:
			31-05-2025
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:	N/A

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:	N/A	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	Fecha de suspensión:	N/A	Fecha de reinicio:	N/A	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar: Cuatro millones de pesos (\$4.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago del contrato 20250263

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%	CERTIFICADO	
Pensión	16%	CERTIFICADO	
ARL		CERTIFICADO	

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

CONTRATO		20250263		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	\$16.000.000	20250017299	\$48.000	26-02-2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	\$16.000.000	20250017302	\$400.000	26-02-2025
Estampilla Pro Cultura	\$16.000.000	20250017298	\$80.000	26-02-2025
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 ITSA	N/A	N/A	N/A	N/A
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

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):	SAYURIS TERESA NARVAEZ RODRIGUEZ		
Por parte del contratista:	CARLOS FABIAN ALGARIN		
Lugar donde se realiza la reunión	OFICINA DE BIENESTAR INSTITUCIONAL		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 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. Diseñar un cronograma de actividades a realizar con los estudiantes que hacen parte del proyecto IUB al territorio.	a la fecha nos encontramos en el proceso del diseño de un cronograma de actividades amoldado a las necesidades de cada programa concertado con los monitores y el equipo de bienestar, para lo cual realizamos dos mesas de trabajo utilizando la técnica de demanda sentida, la cual nos permite abordar con realidad las diferentes problemáticas de cada grupo y hacer de forma puntual las intervenciones, apuntando siempre a la prevención en la salud mental cuyo eje transversal será siempre la permanencia del estudiante
2. Realizar visitas de seguimiento psicológico e intervenciones grupales de estudiantes que evidencian problemáticas a nivel psicosocial	Se realizaron intervenciones individuales solicitadas por los mismos estudiantes, así como en cada salón se realiza un espacio dialógico con los estudiantes con miras a mostrar los servicios que brinda bienestar universitario y el abordaje permanente de la prevención en la salud mental.
3. Identificar, orientar y notificar a instituciones educativas sobre casos o conductas que vulneren los derechos de los estudiantes vinculados al proyecto IUB al territorio.	Se realizaron planeaciones desarrollo y seguimientos de los cursos nivelatorios y atenciones por alertas 1 y 2.

4. Diseñar, implementar y realizar el análisis y tendencia de los factores de la deserción presentada en los estudiantes del proyecto IUB al territorio.	Planear, desarrollar y hacer seguimiento a las actividades de asesorías académicas y talleres de éxito académico.
5. Realizar el acompañamiento y seguimiento académico de los estudiantes que se encuentran desarrollando actividades académicas en el proyecto IUB al territorio.	Se realizaron seguimiento a la aplicación de guías de caracterización, ferias de orientación académica, programa compartiendo caminos de enseñanza, contacto por inasistencias a clase y episodios de deserción.
6. Diseñar y desarrollar de talleres y actividades en las diferentes dimensiones del ser.	dentro del cronograma se tiene previsto realizar la temática de las dimensiones del ser.
7. Planear, ejecutar y hacer seguimiento del programa de inclusión Unibarranquilla PARA TODOS de los estudiantes que pertenecen al proyecto IUB al territorio.	se realiza el seguimiento con los estudiantes diferenciados y se abordan según cada caso de forma individual.
8. Realizar informes cualitativos y estadísticos sobre las actividades realizadas para los estudiantes que pertenecen al proyecto IUB al territorio.	se realiza informe estadístico y cualitativo sobre cada actividad.
9. Realizar la retroalimentación al sistema de Gestión de Información sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente.	Se realiza la retroalimentación al sistema de Gestión de Información sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente.
10. Aplicar de la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados desde Bienestar Institucional para los estudiantes que pertenecen a los Proyectos Especiales de la Institución Universitaria de Barranquilla.	se aplicó la encuesta de satisfacción de forma individual.
11. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional.	se programó actividades de integración con la comunidad educativa con la temática del carnaval.
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 compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante.
13. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Asiste a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.
14. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno en la Institución Universitaria de Barranquilla de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.	Cumple con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno en la Institución Universitaria de Barranquilla de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.

15. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.
16. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo con modelo suministrado.	Presenta informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo con modelo suministrado
17. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.	Realiza la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo.
18. Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.	Realiza los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.
19. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le corresponde	Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le corresponde

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 SUPERVISIÓN

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

Fecha de la próxima reunión	20	De	Marzo	de	2025
-----------------------------	----	----	-------	----	------

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20) días del mes de febrero

20	días del mes de	febrero	de	2025
----	-----------------	---------	----	------

Sayuris Teresa Narváez Rodríguez
Supervisor o Interventor

CARLOS FABIAN ALGARIN
CC. 72016420
T.P 08-002548 DE 30 DE NOV. 1998
Contratista

CÓDIGO :
1539779

PQR :

BARANOA, 10/02/2025

Señor (a)

AFECTADO
CARLOS FABIAN ALGARIN
CR 16 # 21A - 60 LOMA FRESCA
- 3128140812
carlosfalgarin2206@gmail.com

Estimado Señor(a)

Damos respuesta a su Petición, recepcionado a través del canal Formulario web con código 1539779 el día 8 de febrero de 2025, con respecto a:

undefined - SOLICITO CAMBIO DE REGIMEN DE SUBSIDIADO A CONTRIBUTIVO Y EXPEDIR CERTIFICADO, ADEMAS DE CAMBIAR EL CORREO REGISTRADO AL CORREO carlosfalgarin2206@gmail.com

Se remitió caso al área de aseguramiento para su verificación y gestión

Le agradecemos sinceramente, la oportunidad que nos brinda para alcanzar un mejoramiento continuo con sus apreciaciones, porque usted es nuestra razón de ser. Quedamos a su disposición para cuanto pueda necesitar en el futuro.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través de la línea gratuita #922 o a la línea 018000515611.

Frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada, usted puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud.

Reciba un cordial saludo.

Cordialmente,

Maria del Carmen Sarmiento Mass

Área de Atención Al Usuario
Sucursal ATLÁNTICO

#PásateACoosalud

Línea de atención nacional 01 8000 515611
desde tu celular al #922 - www.coosalud.com

@CoosaludEPS

@Coosalud...

@CoosaludEPSS

@coosaludeps



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS FABIAN ALGARIN identificado(a) con C.C No. 72.016.420, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 23 de Enero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 01 de MARZO de 2025

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
CERTIFICA:**

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 01/03/2025 hora 10:51 AM, con relación a la afiliación y cobertura de ALGARIN CARLOS FABIAN identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 72016420, afiliado en calidad de **Trabajador Independiente Voluntario**.

Fecha de Inicio de cobertura: 27/02/2025

Fecha de fin de cobertura: 31/12/3000

Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA

Código de ocupación: 2310

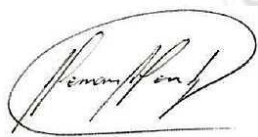
Descripción ocupación: Profesores de educación superior, de universidad, institutos, tutores universitarios.

Clase de riesgo: 1

Porcentaje de cotización: 0.522

Para información adicional, puede comunicarse gratuitamente con nuestras líneas de atención 01 800 051 1414 ó 01800 094 1414, en Medellín 444 4578 - Bogotá 405 5911 - Cali 681 8911 - Pereira 313 8400 - Manizales 881 1280 - Bucaramanga 657 1764 - Cartagena 656 1757

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos



Miércoles, 26 de Febrero de 2025

[Regresar Menú Rentas](#) | [Nueva Búsqueda](#)

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250017299
Fecha Emisión: 26/02/2025
Identificación: 72016420
Declarante: CARLOS FABIAN ALGARIN
Vigencia: 2025
Periodo Liquidación: 1
Impuesto: ESTAMPILLA ITSA
Acto: ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable: \$ 16.000.000
Fecha Pago: 26/02/2025
Monto Pagado: \$ 48.000
Banco Recaudador: BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte: 20250263, CONTRATO SECOP: 20250263
Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado: **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ@rcoles, 26 de Febrero de 2025

[Regresar Menú Rentas](#) | [Nueva Búsqueda](#)

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250017302
Fecha Emisión: 26/02/2025
Identificación: 72016420
Declarante: CARLOS FABIAN ALGARIN
Vigencia: 2025
Periodo Liquidación: 1
Impuesto: IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD)
Acto: ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD)
Base Gravable: \$ 16.000.000
Fecha Pago: 26/02/2025
Monto Pagado: \$ 400.000
Banco Recaudador: BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte: 20250263, CONTRATO SECOP: 20250263
Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado: VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO



Miércoles, 26 de Febrero de 2025

[Regresar Menú Rentas](#) | [Nueva Búsqueda](#)

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250017298
Fecha Emisión: 26/02/2025
Identificación: 72016420
Declarante: CARLOS FABIAN ALGARIN
Vigencia: 2025
Periodo Liquidación: 1
Impuesto: IMPUESTO ESTAMPILLA PROCULTURA
Acto: ESTAMPILLA PROCULTURA
Base Gravable: \$ 16.000.000
Fecha Pago: 26/02/2025
Monto Pagado: \$ 80.000
Banco Recaudador: BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte: 20250263, CONTRATO SECOP: 20250263
Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado: **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **CARLOS FABIAN ALGARIN**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 72.016.420** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 759421340** aperturada el **13 de julio de 2021**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **10 días** del mes de **Diciembre** del año **2024**.

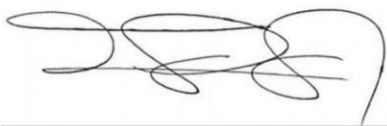
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0759421340**

Cuenta de 16 dígitos: **0759000200421340**

Cuenta de 20 dígitos: **00130759000200421340**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 18 de febrero del 2025

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 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

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

SI NO

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

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. Respalda con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI NO

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

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



CARLOS FABIAN ALGARIN

CC. 72016420.

T.P 08-002548 DE 30 DE NOV. 1998