LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/L ($3.256.788)

PERIODO A CANCELAR: TERCER PAGO CONTRATO 20250016

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

No. Contrato: 20250016 **No. CDP.** 250069 **No. RP.** 250024

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 91212790660 del Banco Bancolombia

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: danielslinares07@gmail.com

CELULAR: 318-521-6279

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 250881 **Fecha:** 21/03/2025 **Hora:** 11:04:59
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250016 TERCER PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Barranquilla, 20 de marzo del 2025

Daniel Serrano

DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES
C.C. 1.002.155.366

Fecha:	**20**	**de**	**marzo**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250016
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	**$14.872.665 M/L**			**RP Número:**	**250024**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**Secretaria General**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**Enero 23 del 2025**		**Fecha de finalización:**	**Mayo 31 del 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

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

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

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/L ($3.256.788)	
Periodo al que corresponde el pago:	**tercer pago contrato 20250016**

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%**	178.000	marzo del 2025
Pensión	**16%**	227.800	marzo del 2025
ARL		7.500	marzo del 2025

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

CONTRATO		**20250016**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 14.872.665**	**20250006806**	**$ 45.000**	**05/02/2025**
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				

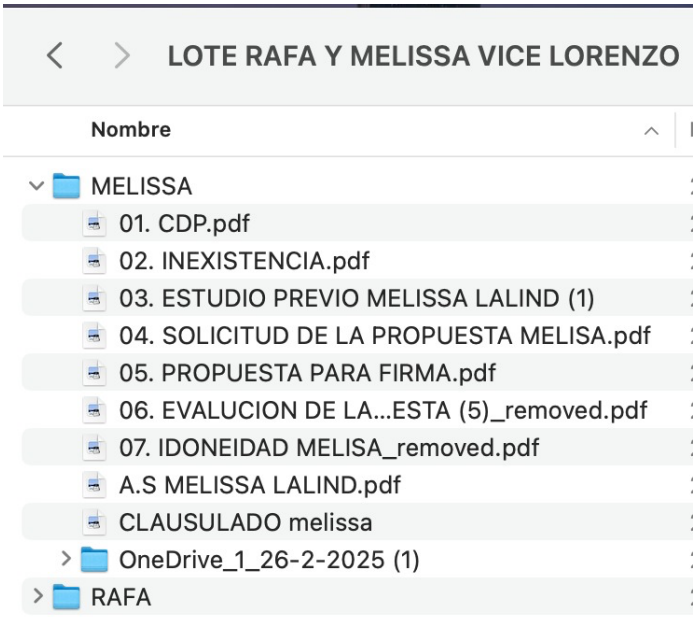
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**

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			

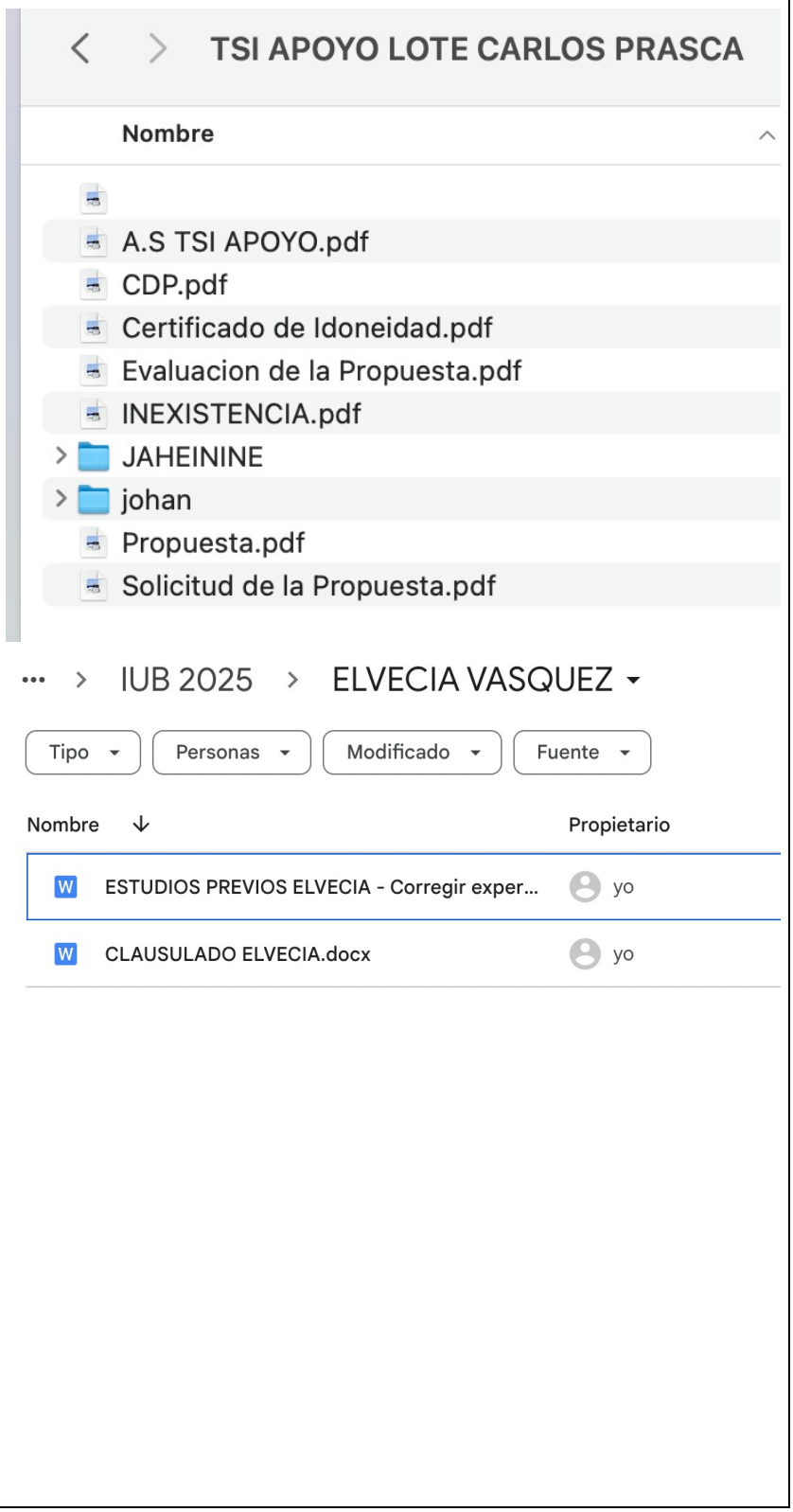
ASISTENTES A LA REUNIÓN

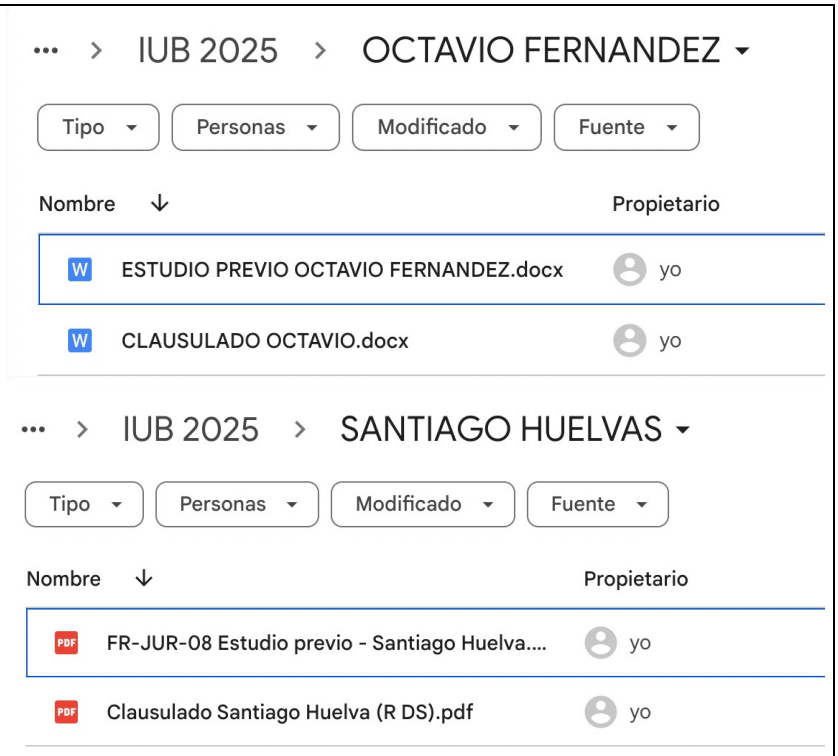
Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede Colsamiro		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	2:00pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	2:30pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar en las publicaciones de contratación pública - SECOP de los actos de la actividad contractual y post contractual. 2. Apoyar en la revisión de estudios previos de los procesos que le sean asignados. 3. Apoyar en la publicación de las compras en la TVEC (Tienda Virtual Estado Colombiano). 4. Apoyar en la publicación de la página web los contratos publicados en la entidad. 5. Brindar apoyo en el desarrollo de las	Realice seguimiento, vigilancia al igual que cargue e hice cada documento de los siguientes contratos y adiciones en Secop II. Apoye en la realización y seguimientos de procesos de mínima cuantía. 

actividades relacionadas con la gestión contractual en la plataforma SECOP II.
6. Apoyo técnico en la publicación de los procesos de contratación directa, Régimen Especial, licitaciones públicas, concursos de méritos, selección abreviada, subasta inversa, mínima cuantía y demás que se requieran en la plataforma del SECOP II.
7. Apoyar en la revisión de la documentación de los procesos de contratación que vaya a celebrar la institución, de acuerdo con las políticas institucionales y por la normatividad que ampare legalmente los procesos de contratación vigentes.
8. Apoyar en el seguimiento y control de los documentos precontractuales que son requeridos en los procesos de contratación.
9. Velar por el cumplimiento del lleno de los requisitos y documentos soporte que se requieran para adelantar los procesos de contratación en la plataforma SECOP II.
10. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.





Asistí a las reuniones que se programaron por parte de la supervisora.

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: 4.8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**marzo 30 del 2025**	**DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES**

Fecha de la próxima reunión	**21**	**De**	**abril**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20)				
Veinte	días del mes de	marzo	de	**2025**



ÀNGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor



DANIEL ALEJANDRO SERRANO LINARES
Contratista

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1002155366		SERRANO LINARES DANIEL ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 44 dn99c-80	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1342744973	9482481929	I	2025/04/15	2025/03/17	BANCOLOMBIA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1002155366	SERRANO DANIEL	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/03/17 11:13 AM