INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

DEBE A

LAURA MARCELA POLO DE LA ASUNCION
CC. No. 1.001.823.814

VALOR DEL SEGUNDO PAGO: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L ($2.500.000).

PERIODO PARA CANCELAR: Segundo pago Contrato 20250283

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

No. Contrato: 20250283 **No. CDP: 250391** **No. RP: 250459**

Consignar en cuenta de Ahorro de Banco Bancolombia No. 48763513753

Soledad, 27 de marzo de 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 251135 **Fecha:** 31/03/2025 **Hora:** 15:40:41
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250283 SEGUNDO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: LAURA MARCELA POLO DE LA ASUNCION
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



LAURA MARCELA POLO DE LA ASUNCION
CC. N° 1.001.823.814
Celular: 3015192297
Correo:
lauramarcelapolo@outlook.com.com
apoyoadmisiones10@unibarranquilla.edu.co

Fecha:	**27**	**de**	**Marzo**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __Parcial _X_ Final ___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato No. 20250283
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.
Nombre de Contratista:	LAURA MARCELA POLO DE LA ASUNCION
Objeto del contrato: CONTRATO No. 20250283 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - **IUB.**	

Valor del contrato:	**$ 11.250.000**			**RP Número:**	**250459**
Rubro:	**2.1.2.02.008 - 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:**	**21 de febrero de 2025**		**Fecha de finalización:**	**30 de junio de 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
N/A	

Valor del adicional contrato:	N/A	**Valor Total Del Contrato**	N/A	**RP Número:**	N/A
Rubro:	N/A	**Fuente de Financiación:**		**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 Para Pagar Parcial: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L ($2.500.000).	
Periodo al que corresponde el pago:	Segundo Pago Contrato 20250283

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%**	$ 101.600	FEBRERO
Pensión	**16%**	$ 130.000	FEBRERO
ARL		$ 4.400	FEBRERO

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

CONTRATO		**20250283**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 11.250.000	20250018326	$ 34.000	05/03/2025
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

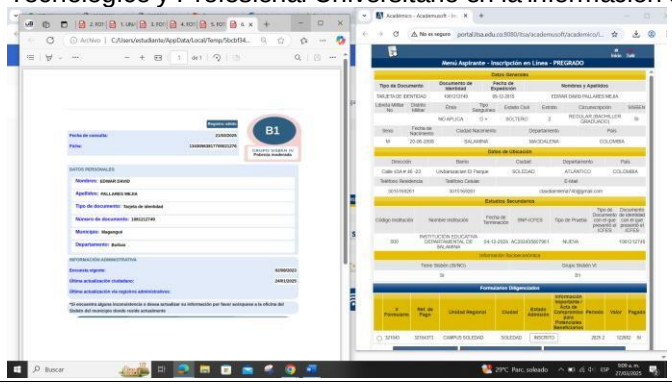
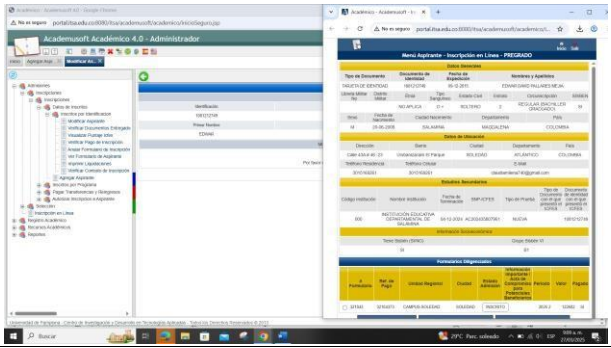
ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

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

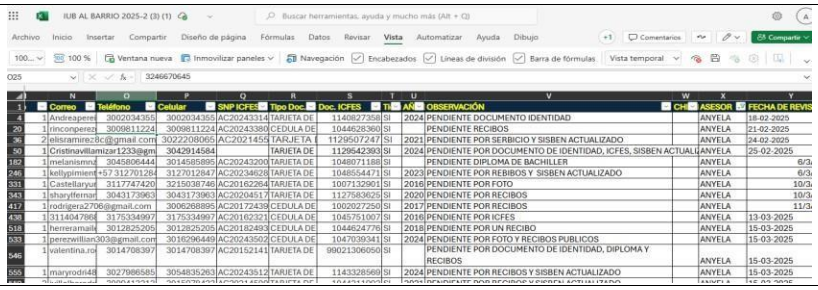
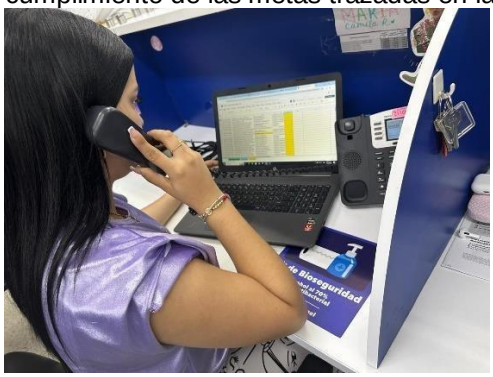
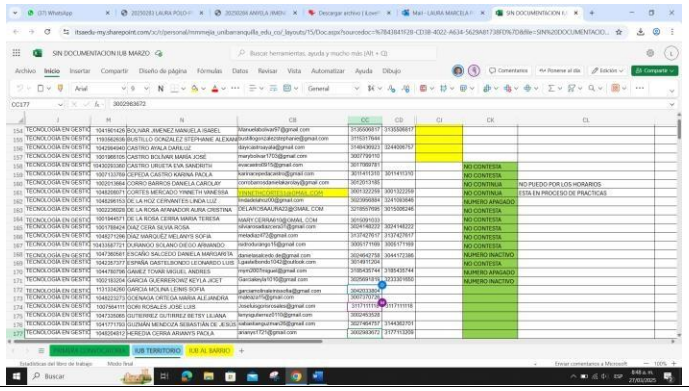
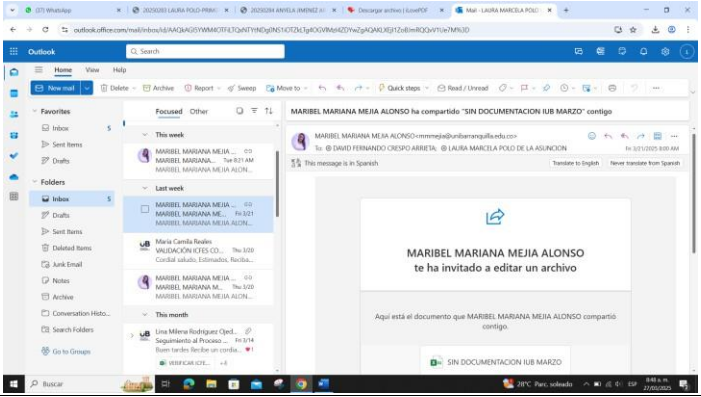
ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	Laura Marcela Polo De la Asuncion		
Lugar donde se realiza la reunión	Admisiones-Campus Soledad		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	4:00 p.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	5:00 p.m.

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Brindar apoyo a los estudiantes en los niveles, técnico laboral, técnico profesional, tecnológico y profesional universitario en la información solicitada por los mismos.	Se brindó a los estudiantes en los niveles, técnico Laboral, Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario en la información solicitada por los mismos. 
Apoyar en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades	Se apoyó en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades 

Apoyar en la redacción y archivo de los documentos necesarios	Se Apoyó en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la Unidad en la cual desarrolla las actividades

para el desarrollo de los procesos de la unidad en la cual desarrolla las actividades	
Apoyar en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la unidad.	Se apoyó en la en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la Unidad 
Brindar apoyo en reporte de estadísticas de las actividades que se ejecutan en el proceso.	Se brindó apoyo en los reportes estadísticos de las actividades que se ejecutan en el proceso 
Apoyar en las actividades propias de la dependencia a la cual se encuentra asignado.	Se Apoyó en las actividades propias de la dependencia a la cual se encuentra asignado 

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

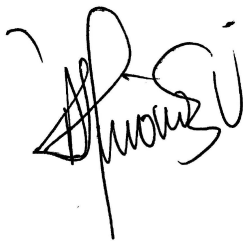
Calificación proveedor o contratista: **4.8**

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

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

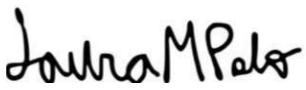
Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (27)				
Veintisiete	días del mes de	Marzo	de	2025

ANGELA VICTORIA HERNANDEZ VERGARA



SECRETARIA GENERAL

LAURA MARCELA POLO DE LA DE LA ASUNCION



CONTRATISTA

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-27, 09:46:41 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 76984635

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 27/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA MARCELA POLO DE LA ASUNCION		
Documento	CC1001823814	**Dirección**	CL 68 #38 B - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015192297
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001823814	LAURA MARCELA POLO DELA ASUNCION	59	00	X																0	17	17	17	0	(230201) PROTECCION	$ 806.650	$ 129.100	(EPS010) EPS SURA	$ 806.650	$ 100.900	0,522	$ 806.650	$ 4.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 806.650	$ 806.650	$ 806.650	$ 0	$ 129.100	$ 100.900	$ 4.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.300	$ 3.300	$ 237.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.