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 PESOS ($2.076.000)

PERIODO A CANCELAR: Segunda pago del contrato 20250190

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

No. Contrato: 20250190 - 2025 **No. CDP**. 250253 **No. RP.** 250374

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: *33019569328 de Bancolombia*

Barranquilla, 28 de Marzo de 2025

Nely Pabon

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

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 251192 **Fecha:** 03/04/2025 **Hora:** 11:17:20
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250190 SEGUNDO PAGO
Anexos: 7 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:	**28**	**De**	**MARZO**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250190
Tipo de contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS
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:	**$ 8.928.176**			**RP Número:**	**250374**
Rubro:	2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS PROPIOS	**Centro de Costo:**	RECTORIA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**12-02-2025**		**Fecha de finalización:**	**31-05-2025**
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 PESOS M/L ($2.076.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	Segundo pago del contrato 20250190

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%**	$ 54.700	ENERO
Pensión	**16%**	$70.000	ENERO
ARL		$ 4.700	ENERO

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

CONTRATO		**20250190**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	8.928.176	20250016653	27.000	25/02/2025
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):	**ARCESIO JULIAN CASTRO AGUDELO**		
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 tamizaje de tensión arterial a estudiantes y grupo del talento humano como modo de prevención.

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.	Realizo pago de seguridad social de mes laborado
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: 4.0

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 28				
VEINTIOCHO	días del mes de	MARZO	de	DOS MIL VEINTICINCO

ARCESIO JULIÁN CASTRO AGUDELO
Supervisor o Interventor

NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Contratista

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047339601		PABON ROPAIN NELCY JUDITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 10# 1a-08	SANTO TOMAS-ATLANTICO	3618850	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1327723560	9482346855	I	2025/02/04	2025/03/11	NEQUI	35	$129,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050		$4,500		$0	$0		$126,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050		$4,500		$0	$0		$126,300
Ciudad: SANTO TOMAS Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)							$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050		$4,500		$0	$0		$126,300
1	CC 1047339601	PABON NELCY	X		230301	9	$427,050	$68,400	ESSC24	9	$427,050	$53,400		0	$0	$0	14-11	9	$427,050	1.044%	$4,500	0	$0	$0	No	$126,300
Total Afiliados(1)							$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050		$4,500		$0	$0		$126,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1047339601		PABON ROPAIN NELCY JUDITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 10# 1a-08	SANTO TOMAS-ATLANTICO	3618850	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1327723560	9482346855	I	2025/02/04	2025/03/11	NEQUI	35	$129,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$68,400	$1,600	$0	$70,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$68,400	$1,600	$0	$70,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,500	$200	$0	$4,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$4,500	$200	$0	$4,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,400	$1,300	$0	$54,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$53,400	$1,300	$0	$54,700
TOTAL				1	$126,300	$3,100	$0	$129,400



MiÃ©rcoles, 26 de Febrero de 2025

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250016653**
Fecha Emisión:	25/02/2025
Identificación:	1047339601
Declarante:	NELCY JUDITH PABON ROPAIN
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 8.928.176
Fecha Pago:	25/02/2025
Monto Pagado:	$ 27.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250190, CONTRATO SECOP: 20250190
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**