

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

Candy Milenys Nuñez Linero

C.C 1.042.447.158

VALOR DEL PAGO: DOS MILLONES SEICIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTIÚN PESOS MONEDA LEGAL (\$2,625,021.00).

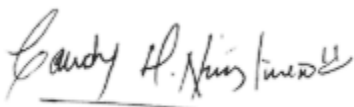
PERIODO A CANCELAR: tercer pago del contrato 20250179

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

No. Contrato: 20250179 **No. CDP.** 250256 **No. RP.** 250343

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: *cuenta de ahorros 91200455890 banco Bancolombia*

Barranquilla, 21 de marzo de 2025



Candy Milenys Nuñez Linero
C.C 1.042.447.158 de soledad

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Rad: 252266 **Fecha:** 16/06/2025 **Hora:** 16:09:06

Asunto: CUENTA DE COBRO 20250179 TERCER PAGO

Anexos: 7 FOLIOS

Remite: CANDY MILENIS NUÑEZ LINERO

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 4
--	---	---

Fecha:	21	de	marzo	de	2025
--------	----	----	-------	----	------

Acta de recibo Inicial __Parcial x Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250179
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	Candy Milenys Nuñez Linero
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	11.462.591			RP Número:	250343	
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:	11-02-2025		Fecha de finalización:	31-05-2025	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	Fecha de suspensión:			Fecha de reinicio:		

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: DOS MILLONES SEICIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTIÚN PESOS MONEDA LEGAL (\$2,625,021.00).	
Periodo al que corresponde el pago:	tercer pago del contrato 20250179

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 2 de 4
--	---	---

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	Febrero
Pensión	16%	\$227,800	febrero
ARL		\$7,500	febrero

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

CONTRATO		20250179		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	Nº Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	\$ 11.462.591	20250010409	\$ 34.000	14/02/2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	Nº 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

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 3 de 4
--	---	---

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):	Arcesio Julián Castro Agudelo		
Por parte del contratista:	Candy Nuñez Linero		
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
Apoyar en la interpretación de la lengua de señas al castellano oral y/o viceversa durante el desarrollo del cuatrimestre del programa de formación. 2. Apoyar a los docentes de la institución, en la estandarización de la información en el lenguaje de señas correspondiente al programa de formación. 3. Acompañar a los docentes y estudiante durante el todo el desarrollo de su proceso de formación. 4. Apoyar en la preparación de las actividades de interpretación, a fin de optimizar el resultado de la comunicación, los temas a tratar en clases, textos, videos y otros apoyos pedagógicos. 5. Apoyar y participar en las actividades y jornadas culturales, sociales, deportivas y extracurriculares, para facilitar la comunicación del estudiante con discapacidad auditiva. 6. Apoyar al estudiante en el proceso de comunicación con la comunidad educativa. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. 7. 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. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. 8. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. 9. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato. 10. 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.	Se proporcionó apoyo constante en la interpretación entre la lengua de señas y el castellano oral, asegurando la accesibilidad del estudiante en todas las actividades del programa de formación. Se brindo apoyo con los docentes que inician en el proceso con la estudiante para establecer que metodologías de evaluación y explicación son las más convenientes a fin de que la estudiante pueda aprovechar al máximo su proceso de aprendizaje.

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 4 de 4
--	---	---

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA
--

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

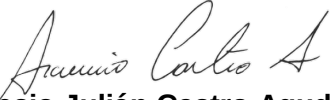
OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					X
Calidad de las especificaciones del bien o servicio					X
Cumplimiento de la entrega					X
Atención al cliente por parte del contratista					X

Calificación proveedor o contratista: 5.0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN		
Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

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

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (2 1) días del mes de marzo del 2025					
21	días del mes de	Marzo	de	2025	


Arcesio Julián Castro Agudelo
Supervisor o Interventor


Candy Milenys Nuñez Linero
Contratista

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042447158		NUÑEZ LINERO CANDY MILENYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 C No. 15 - 04 MZ 1 APTO 504	SOLEDAD-ATLANTICO	3912258	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-02	2025-02	1283020083	9481835504	I	2025/03/14	2025/02/21	NEQUI	\$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	
1	CC 1042447158	NUÑEZ CANDY	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$7,500	0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1042447158		NUÑEZ LINERO CANDY MILENYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33 C No. 15 - 04 MZ 1 APTO 504	SOLEDAD-ATLANTICO	3912258	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1283020083	9481835504	I	2025/03/14	2025/02/21	NEQUI	0	\$413,300

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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$413,300	\$0	\$0	\$413,300	



Viernes, 21 de Febrero de 2025

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

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250010409

Fecha Emisión: 14/02/2025

Identificación: 1042447158

Declarante: CANDY NUÑEZ

Vigencia: 2025

Periodo Liquidación: 1

Impuesto: ESTAMPILLA ITSA

Acto: ESTAMPILLA ITSA

Base Gravable: \$ 11.462.591

Fecha Pago: 14/02/2025

Monto Pagado: \$ 34.000

Banco Recaudador: BANCO DE OCCIDENTE

No. de Soporte: 20250179, CONTRATO SECOP: 20250179

Asociada Entidad: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Estado: VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO