INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
NIT. 802.011.065-5

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 253042 **Fecha:** 25/07/2025 **Hora:** 11:20:59
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250488 SEGUNDO PAGO
Anexos: 6 FOLIOS
Remite: LINA MILENA RODRIGUEZ OJEDA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

DEBE A

LINA MILENA RODRIGUEZ OJEDA
CC. No. 44.156.511

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTIUN PESOS M/L ($2.625.021).

PERIODO PARA CANCELAR: Segundo pago Contrato 20250488

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

No. Contrato: 20250488 **No. CDP: 250641** **No. RP: 251485**

Consignar en cuenta de Ahorro de Banco Davivienda No. 488441207484

Soledad, 21 de julio de 2025



LINA MILENA RODRIGUEZ OJEDA
CC. N° 44.156.511
Celular: 3170767699
Correo: linarodriguez782@gmail.com
apoyoadmisiones1@unibarranquilla.edu.co

Fecha:	**21**	**de**	**Julio**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __ Parcial __X__ Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	Contrato No. 20250488
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.
Nombre de Contratista:	LINA MILENA RODRÍGUEZ OJEDA
Objeto del contrato: CONTRATO No. 20250488 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB.	

Valor del contrato:	**$ 7.875.063**			**RP Número:**	**251485**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008-SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**04 de junio 2025**		**Fecha de finalización:**	**31 de agosto 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:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	

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 Para Pagar Parcial: DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTIUN PESOS M/L ($2.625.021).	
Periodo al que corresponde el pago:	Segundo Pago Contrato 20250488

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				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$ 178.000	Junio
Pensión	**16%**	$ 227.800	Junio
ARL		$ 7.500	Junio

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

CONTRATO		**20250488**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ **7.875.063**	**20250049658**	$ 24.000	06/06/2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
Bono al Deporte				

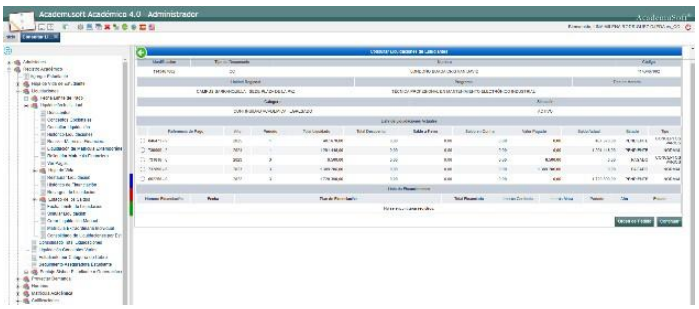
ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA				
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
Bono al Deporte				

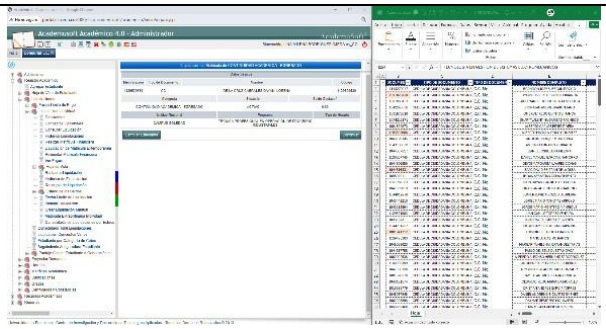
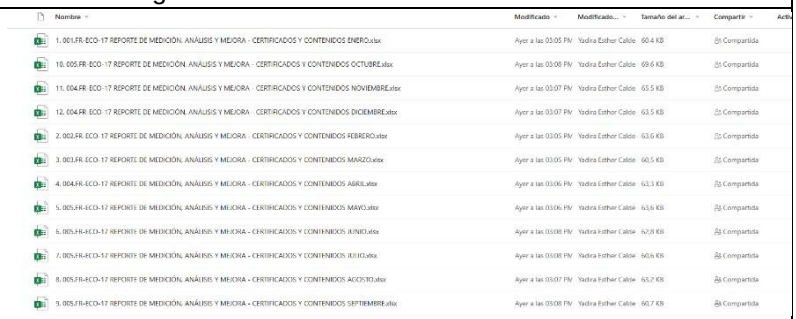
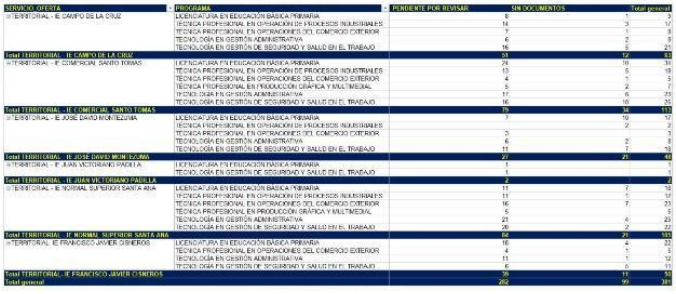
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

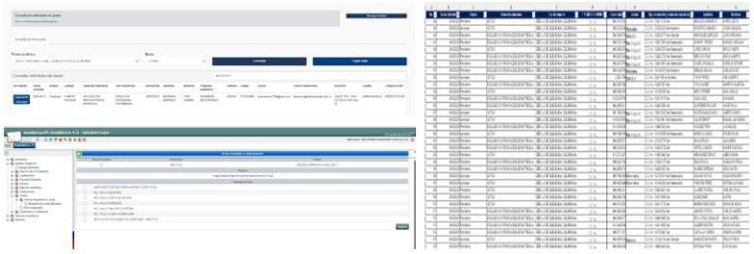
ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	ÁNGELA VICTORIA HERNÁNDEZ VERGARA		
Por parte del contratista:	Lina Milena Rodríguez Ojeda		
Lugar donde se realiza la reunión	Gestión Atención al Usuario Campus Soledad		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	8:30 a.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	9:00 a.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 atención oportuna a los estudiantes de los niveles técnico laboral, técnico profesional, tecnológico y profesional universitario, dando respuesta a las solicitudes de información presentadas.

Apoyar en la atención al público y servicios en la dependencia donde desarrolla las actividades	 Se brindó apoyo en la atención al público y en la prestación de servicios en la dependencia correspondiente, cumpliendo con las funciones asignadas.
Apoyar en la redacción y archivo de los documentos necesarios para el desarrollo de los procesos de la unidad en la cual desarrolla las actividades	 Se brindó apoyo en la redacción, organización y archivo de los documentos necesarios para el adecuado desarrollo de los procesos de la unidad correspondiente.
Apoyar en la organización de actividades y eventos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la unidad.	 Se brindó apoyo 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 la elaboración y consolidación de los reportes estadísticos correspondientes a las actividades

	desarrolladas en el proceso.
Apoyar en las actividades propias de la dependencia a la cual se encuentra asignado.	 Se brindó apoyo en las actividades propias de la dependencia de Grados, cumpliendo con las funciones asignadas.

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**
Los adquiridos en el contrato	31-07-2025	Lina Milena Rodríguez Ojeda

Fecha de la próxima reunión	**20**	**De**	**Agosto**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (21)				
Veintiuno	días del mes de	Julio	de	2025

ÁNGELA VICTORIA HERNÁNDEZ VERGARA
SECRETARIA GENERAL

Lina Milena Rodríguez Ojeda
CONTRATISTA

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-18, 09:32:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 78841901

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 01/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MILENA RODRIGUEZ OJEDA		
Documento	CC44156511	**Dirección**	CR 16 #15 - 39
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOLEDAD	**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 APP	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 44156511	LINA MILENA RODRIGUEZ OJEDA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 178.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300	$ 0	$ 413.300

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.