

**LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**

**Nit. 802.011.065-5**

**DEBE A:**

**HELEN TATIANA MIRANDA GUTIERREZ**

**VALOR DEL PAGO MENSUAL:** TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS M/L (\$3.166.666)

**PERIODO A CANCELAR:** TERCER PAGO CONTRATO 20250545

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

**No. Contrato:** 20250545    **No. CDP.** 250651    **No. RP.** 251625

**No. CTA PARA CONSIGNAR:** Cuenta de ahorros 08300000816 del Banco Bancolombia

**LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Sede Barranquilla

**EMAIL:** helenmiranda1948@gmail.com

**CELULAR:** 3004177996

Barranquilla, 20 de Agosto del 2025

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**

**Rad:** 253505    **Fecha:** 21/08/2025    **Hora:** 10:42:07

**Asunto:** CUENTA DE COBRO 2025545 TERCER PAGO


**Anexos:** 7 FOLIOS

**Remite:** HELEN TATIANA MIRANDA GUTIERREZ

**Destino:** RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



HELEN TATIANA MIRANDA GUTIERREZ  
C.C. 32.752.006 Barranquilla - Atlántico

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA</b>	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 5
---	---	--

Fecha:	20	de	Agosto	de	2025
--------	----	----	--------	----	------

**Acta de recibo Inicial \_\_ Parcial \_x\_ Final \_\_**

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250545
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	Helen Tatiana Miranda Gutiérrez
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	\$12.666.664 M/L	RP Número:	251625		
Rubro:	2.1.2.02.02.008	Fuente de Financiación:	Recursos Propios	Centro de Costo:	Vicerrectoria Administrativa y Financiera
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	Junio 13 del 2025	Fecha de finalización:	Septiembre 30 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 CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/L (\$3.166.666).	
Periodo al que corresponde el pago:	Tercer pago contrato 20250545

**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	Julio
Pensión	16%	227.800	Julio
ARL		7.500	Julio

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

CONTRATO		20250545		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	12.666.664	20250054874	32.000	01 Julio del 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				

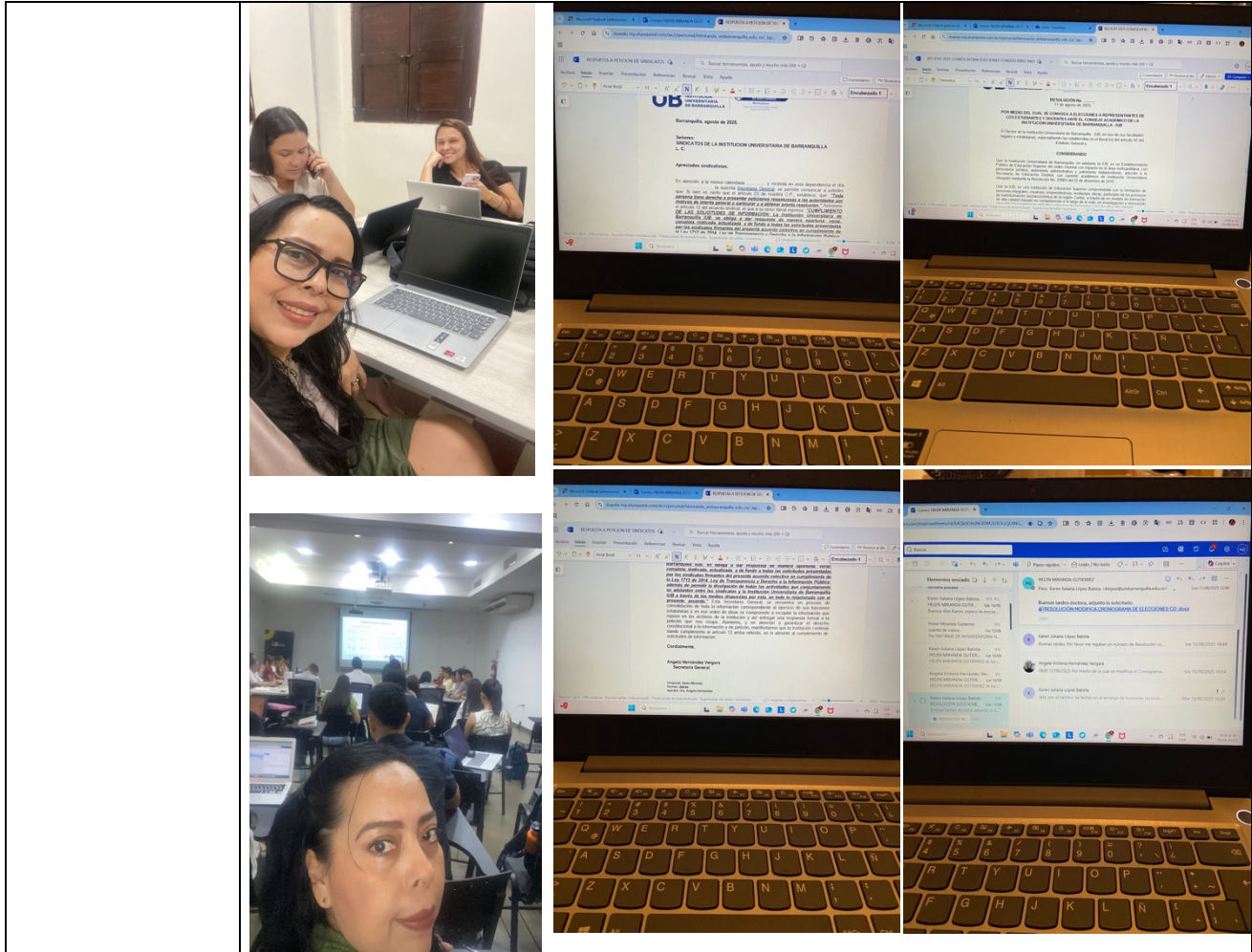
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria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

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

<b>Interventor(es) o Supervisor (es):</b>	Ángela Victoria Hernández Vergara		
<b>Por parte del contratista:</b>	Helen Tatiana Miranda Gutiérrez		
<b>Lugar donde se realiza la reunión</b>	Sede Colsamiro		
<b>Hora de inicio (a.m./p.m.)</b>	2:00pm	<b>Hora de finalización (a.m./p.m.)</b>	2:30pm

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

<b>Actividad /Compromiso</b>	<b>Justificación / Observación</b>
Proyección de Resoluciones y respuesta a derecho de petición.	Justificación; La actividad se justifica en la necesidad de la institución en resolver oportunamente las peticiones allegadas, así como los procesos electorales a través de los cuales se eligen democráticamente los órganos colegiados de poder de la misma.
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: 4,0

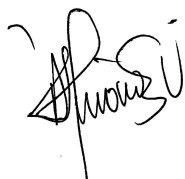
**COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN**

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable
Adquiridos en el contrato	Agosto 31 del 2025	Helen Tatiana Miranda Gutiérrez

Fecha de la próxima reunión	18	De	Septiembre	de	2025
-----------------------------	----	----	------------	----	------

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (20)

Veinte	días del mes de	Agosto	de	2025
--------	-----------------	--------	----	------



**ÁNGELA VICTORIA HERNÁNDEZ VERGARA**  
Supervisor o Interventor



**Helen Tatiana Miranda Gutiérrez**  
Contratista

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32752006		MIRANDA GUTIERREZ HELEN TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3#22-101	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3353649	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	45959923	9490305042	I	2025/08/04	2025/08/14	BANCO DE OCCIDENTE	10	\$416,100

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
Ciudad: PUERTO COLOMBIA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
1	CC 32752006	MIRANDA HELEN	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EAS027	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$7,500	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1 )</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32752006		MIRANDA GUTIERREZ HELEN TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3#22-101	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3353649	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	45959923	9490305042	I	2025/08/04	2025/08/14	BANCO DE OCCIDENTE	10	\$416,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,500	\$0	\$229,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$1,500	\$0	\$229,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,200	\$0	\$179,200	
FONDO DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	EAS027	800,112,806	2	1	\$178,000	\$1,200	\$0	\$179,200	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$413,300</b>	<b>\$2,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$416,100</b>	