LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Nit. 802.011.065-5

DEBE A

ANDREA CAROLINA YEPES BULA

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

PERIODO A CANCELAR: CUARTO pago contrato 20250756

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

No. Contrato: 20250756 **No. CDP.** 250651 **No. RP.** 252097

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 083573929-43 del Bancolombia I**LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Sede Soledad

EMAIL: andreayepesbula@gmail.com

CELULAR: 3005529199

Soledad, 18 de Septiembre del 2025



ANDREA CAROLINA YEPES BULA
C.C. 1.140.891.122 DE BARRANQUILLA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 254030 **Fecha:** 18/09/2025 **Hora:** 14:00:22
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250756 CUARTO PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: ANDREA CAROLINA YEPES BULA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha:	**18**	**de**	**Septiembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial __Parcial __Final X_____

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250756
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	ANDREA CAROLINA YEPES BULA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB	

Valordel contrato:	**$8.750.000 M/L**			**RP Número:**	**252097**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centrode Costo:**	**Vicerrectoría Administrativay Financiera**
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**	**Julio 9 del 2025**		**Fecha de finalización:**	**Septiembre 30 del 2025**
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fechade reinicio:**	**N/A**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:		**ValorTotal Del Contrato**		**RP Número:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centrode Costo:**	
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fechade reinicio:**	

INFORMACIÓN DEL PAGO

Valor a Pagar Parcial: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL M/L ($2.500.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Cuarto pago contrato 20250756**

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
ResponsabilidadCivil 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**		**APORTECORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$ 250.000	Septiembre del 2025
Pensión	**16%**	$ 320.000	Septiembre del 2025
ARL		$ 10.500	Septiembre del 2025

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

CONTRATO		**20250756**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$8.750.000**	**20250063096**	**$26.000**	**Julio 11 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

Interventor(es)o Supervisor (es):	Ángela Victoria Hernández Vergara		
Por parte del contratista:	Andrea Carolina Yepes Bula		
Lugar donde se realiza la reunión	Sala de juntas Sede Posgrados de la Institución		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	9:30 am

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Acompañar en la formulación y seguimiento de los planes, proyectos y programas para el fortalecimiento institucional de la Secretaría General.	No se solicitó apoyo en este proyecto
2. Apoyar en el reporte y seguimiento de las metas programadas por la Secretaría General.	Apoyé en la contestación oportuna de correos de PQRSD
3. Apoyar en la elaboración de los reportes al sistema de gestión de calidad de la Secretaría General enfocadas al fortalecimiento institucional.	No se solicitó apoyo en este proyecto
4. Acompañar en la emisión de reportes a entes de control.	No se solicitó apoyo en este proyecto
5. Apoyar en los proyectos de respuesta a comunicaciones asignadas	Se brindó apoyo en las respuestas de las solicitudes, quejas, reclamos y peticiones de lo requerido a la IUB
6. Realizar la proyección de los certificados de contratos de OPS adscritos en la institución Universitaria de Barranquilla IUB.	No se solicitó apoyo en este proyecto
7. Apoyar en el registro de consecutivo de resoluciones expedidos por cada dependencia.	No se solicitó apoyo en este proyecto

8. Registrar, renovar y retirar de la ARL a los contratistas OPS vinculados en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB.	No se solicitó apoyo en este proyecto
9. Activar y desasociar contratistas en la plataforma de SIGEP, que suscriben contratos con la institución.	No se solicitó apoyo en este proyecto
10. Asistir a las reuniones que convoque el Supervisor del Contrato.	Asistí a las reuniones convocadas
11. Las demás que designe el supervisor del contrato.	No se solicitó apoyo en este proyecto

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				●	
Calidad de las especificaciones del bien o servicio				●	
Cumplimiento de la entrega				●	
Atención al cliente por parte del contratista				●	

Calificación proveedor o contratista: 4.8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**Septiembre 30 del 2025**	**Andrea Carolina Yepes Bula**

Fecha de la próxima reunión		**De**		**de**	

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (18)				
Dieciocho	días del mes de	septiembre	de	2025

Ángela Victoria Hernández Vergara
Supervisor o Interventor

Andrea Carolina Yepes Bula
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140891122
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA CAROLINA YEPES BULA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 72 N° 25B 03 PISO 2	TELÉFONO:	3355881
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7986766183**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1770650062	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 0**	**$ 320.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 10.500
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.500**

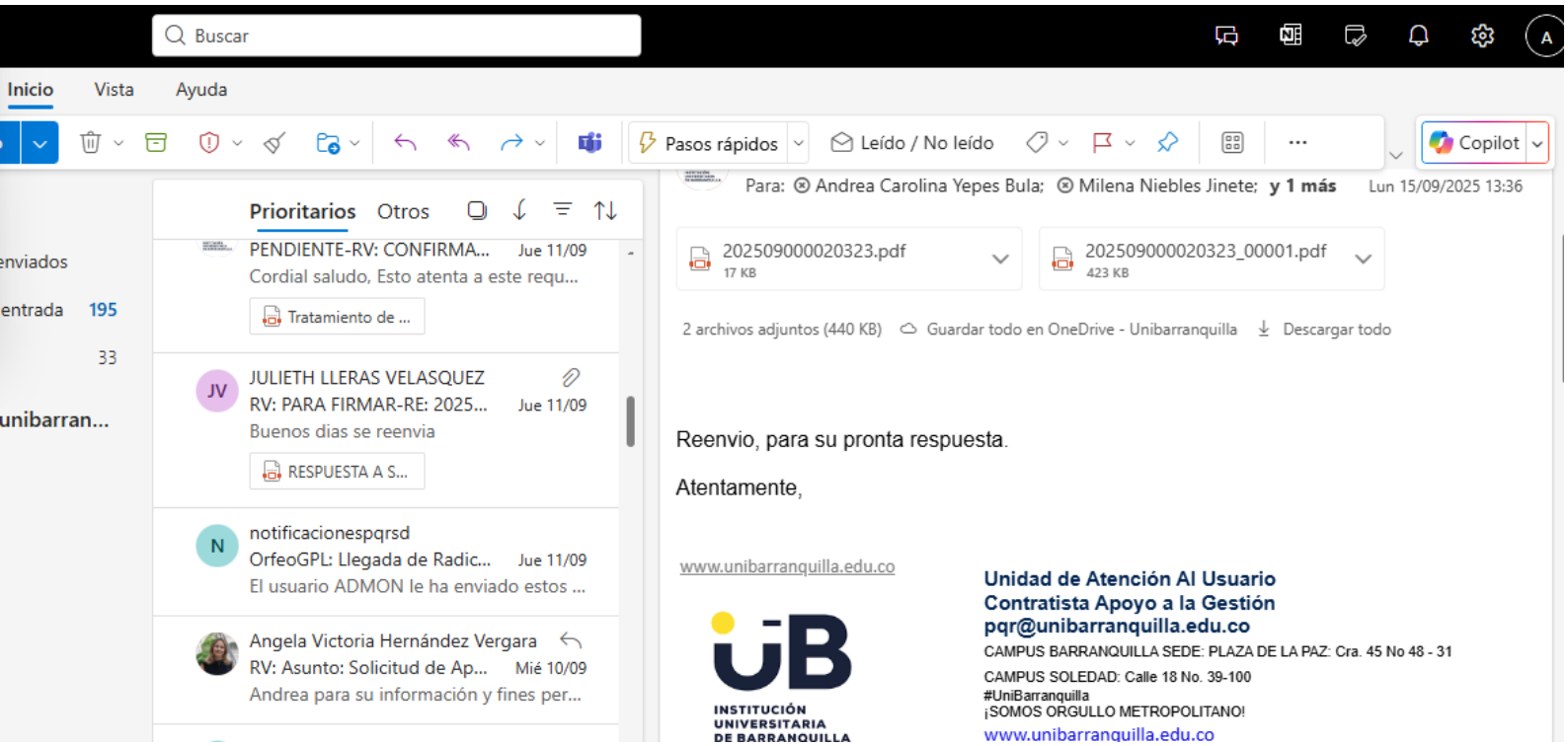
LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1140891122	YEPES BULA ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000	114089112	$ 10.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

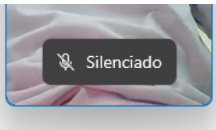
TOTAL PAGADO: $ 580.500

Planilla Pagada

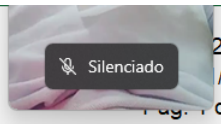
EVIDENCIAS PUNTO 2



EVIDENCIAS PUNTO NÚMERO 5



1. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD						2. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE			
Nº RADICADO	TIPO DE SOLICITUD	FUNCIONARIO AL CUAL SE REDIRECCIONÓ	PROCESO AL CUAL FUE REDIRECCIONADO	TEMA RELACIONADO A LA SOLICITUD	DESCRIPCIÓN DE LA PQRS	NOMBRE DEL USUARIO	OBSERVACIONES	FECHA QUE SE REASIGNA (DD/MMM/AAAA)	
202509000098434	PETICIÓN	ANDREA YEPES	JUR	VERIFICACIÓN ACADÉMICA	Barranquilla 29/08/2025	ARES SECURITY LTDA		29/08/2025	
202509000019323	SOLICITUD DE INFORMACION	ANDREA YEPES	JUR	VERIFICACIÓN ACADÉMICA	Barranquilla 1/09/2025	jessica santacruz GLOBALWORK		01/09/2025	
202509000019333	SOLICITUD DE INFORMACION	ANDREA YEPES	JUR	VERIFICACIÓN ACADÉMICA	Barranquilla 1/09/2025	jessica santacruz GLOBALWORK		01/09/2025	
202509000019343	SOLICITUD DE INFORMACION	ANDREA YEPES	JUR	VERIFICACIÓN ACADÉMICA	Barranquilla 1/09/2025	CSI CONSULTORES JURIDICA		01/09/2025	
	SOLICITUD DE			VERIFICACIÓN		Clinica de la costa			



23-V10
/03/2025
de 1

OLICITANTE	3. EFICACIA					
ERVACIONES	FECHA QUE SE REASIGNA (DD/MMM/AAAA)	FECHA MAX. PARA DAR RESPUESTA (DD/MMM/AAAA)2	FECHA DE REAL DE RESPUESTA (DD/MMM/AAAA)	TIEMPO DE RESPUESTA (DÍAS)	ESTADO	Columna1
	29/08/2025	19/09/2025		0		
	01/09/2025	22/09/2025		0		
	01/09/2025	22/09/2025		0		
	01/09/2025	22/09/2025		0		