LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

JULIETH LLERAS VELASQUEZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: CUATRO MILLONES DE PESOS M/L ($4.000.000)

PERIODO A CANCELAR: CUARTO PAGO CONTRATO 20250467

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.

No. Contrato	No. CDP	No. RP.
20250467	250652	251468

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 027100083636 del Banco Davivienda

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: jllerasv93@gmail.com

CELULAR: 3183935525

Barranquilla, 22 de septiembre del 2025



JULIETH LLERAS VELASQUEZ
C.C. 1.140.860.863 de Barranquilla

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 254298 **Fecha:** 24/09/2025 **Hora:** 15:20:07
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250467 CUARTO PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: JULIETH LLERAS VELASQUEZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha:	**22**	**de**	**septiembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _ Parcial __ Final _X_

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250467
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	Julieth lleras velasquez
Objeto del contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$16.000.000 M/L**			**RP Número:**	**251468**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 -**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**Vicerrectoría Administrativa y Financiera**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**Junio 03 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: CUATRO MILLONES DE PESOS M/L ($4.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	**cuarto pago contrato 20250467**

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	**$365.700**	9491945923	AGOSTO
Pensión	**$468.100**	9491945923	AGOSTO
ARL	**$15.400**	9491945923	AGOSTO

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

CONTRATO		20250467		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	16.000.000	20250054690	$48.000	2025-06-24
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	16.000.000	20250054692	$402.000	2025-06-24
Estampilla Pro-Cultura	16.000.000	20250054691	$80.000	2025-06-24
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				

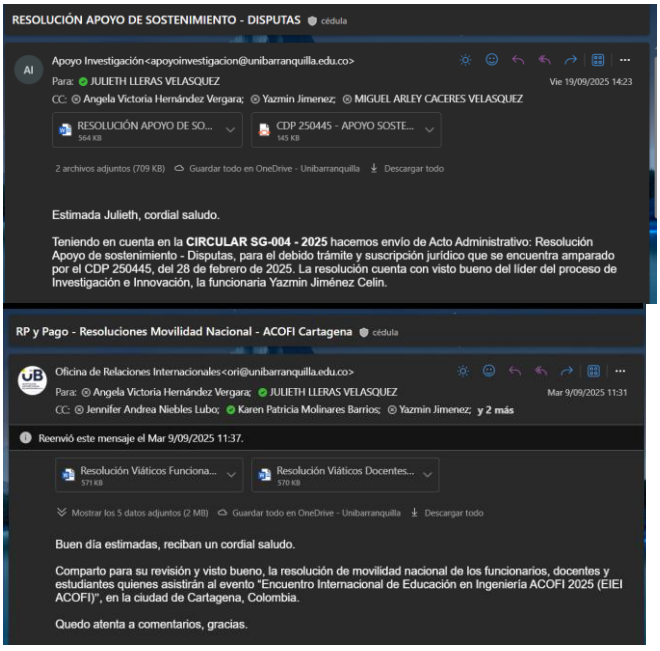
PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			

Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Àngela Victoria Hernàndez Vergara		
Por parte del contratista:	Julieth lleras velasquez		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede postgrado		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00Am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	12:30pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar la administración de la plataforma SECOP II 2. Apoyo en la creación de Terceros en la plataforma GESTASOFT. 3. Apoyo en la creación y registro de contratos, ordenes de compras, convenios, acuerdo de voluntades, contratos de aprendizaje, adiciones, cesiones y demás procesos en el aplicativo de GESTASOFT. 4. Llevar control de la secuencia de los distintos contratos y sus modalidades, así como de los demás trámites que le	• Apoyo en la revisión de resoluciones de las dependencias. 

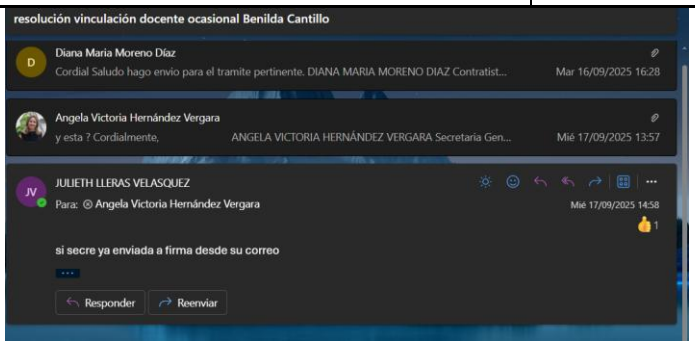
sean asignados.

5. Revisar y validar los contratos elaborados de la modalidad de contratación directa en la plataforma de secop II, previa a la aprobación del supervisor del contrato.

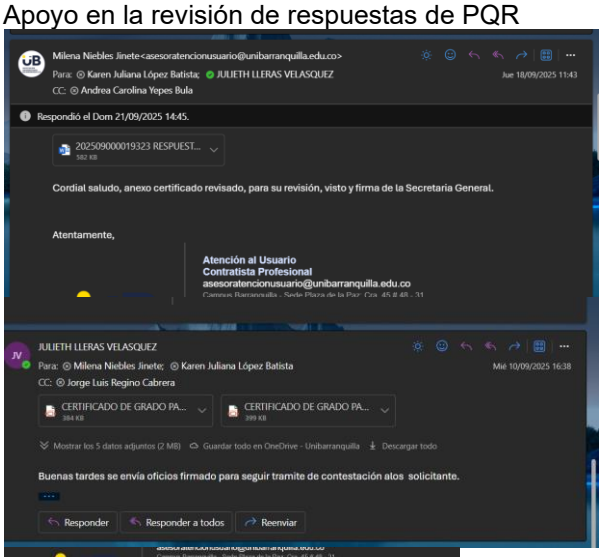
6. Apoyo en el inicio de los contratos en la plataforma de SECOP

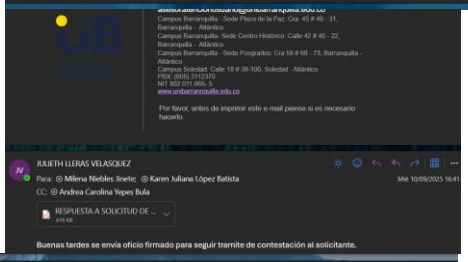
7. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.

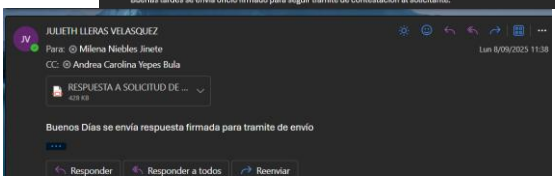
8. Las demás actividades u obligaciones que le sean asignadas de conformidad al objeto del contrato.



- Apoyo en la revisión de respuestas de PQR

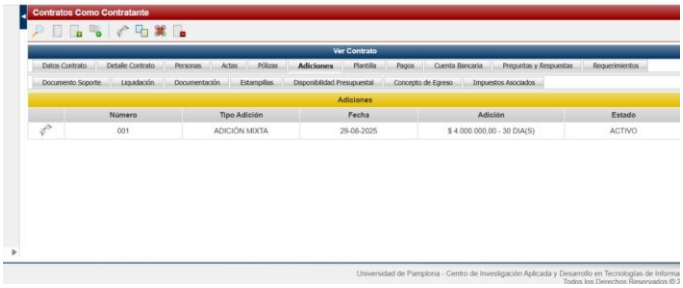




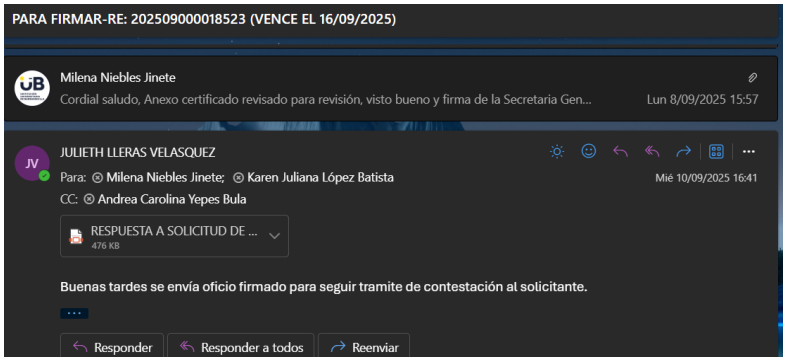


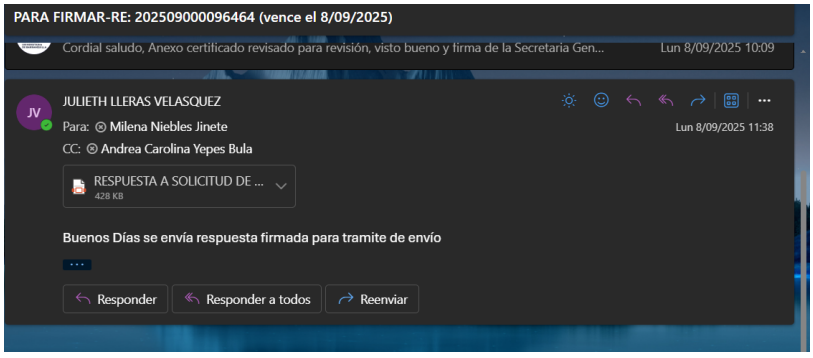
- Registro de contratos nuevos y adicionales en la plataforma de gestasof para creación de RP



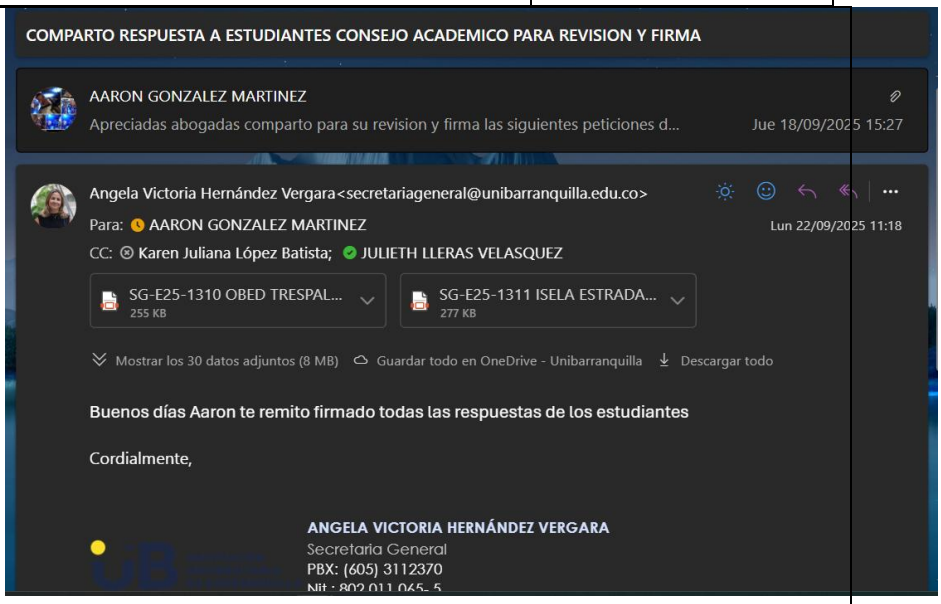


- Revisión para PQR

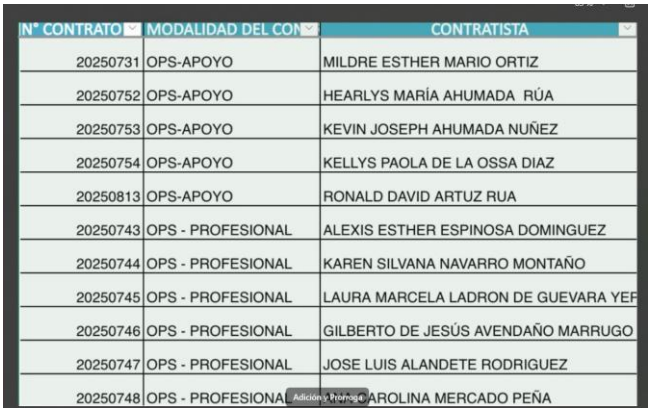




Apoyo en revisión de respuesta a estudiantes



- Seguimiento por parte de Secretaria General a los contratos en SECOP II.



N° CONTRATO	MODALIDAD DEL CON	CONTRATISTA
20250731	OPS-APOYO	MILDRE ESTHER MARIO ORTIZ
20250752	OPS-APOYO	HEARLYS MARÍA AHUMADA RÚA
20250753	OPS-APOYO	KEVIN JOSEPH AHUMADA NUÑEZ
20250754	OPS-APOYO	KELLYS PAOLA DE LA OSSA DIAZ
20250813	OPS-APOYO	RONALD DAVID ARTUZ RUA
20250743	OPS - PROFESIONAL	ALEXIS ESTHER ESPINOSA DOMINGUEZ
20250744	OPS - PROFESIONAL	KAREN SILVANA NAVARRO MONTAÑO
20250745	OPS - PROFESIONAL	LAURA MARCELA LADRON DE GUEVARA YEP
20250746	OPS - PROFESIONAL	GILBERTO DE JESÚS AVENDAÑO MARRUGO
20250747	OPS - PROFESIONAL	JOSE LUIS ALANDETE RODRIGUEZ
20250748	OPS - PROFESIONAL	AROLINA MERCADO PEÑA

- Asistir a las reuniones solicitadas por el supervisor
- Acompañamiento jurídico a concejo directivo

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

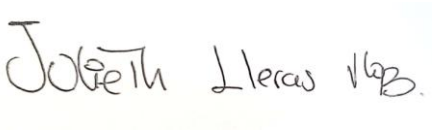
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
ADQUIRIDOS EN EL CONTRATO	**09-30-2025**	**JULIETH LLERAS**

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

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (22)				
VEINTI DOS	días del mes de	SEPTIEMBRE	de	**2025**



ÀNGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor



JULIETH LLERAS VELASQUEZ
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 1140860863		LLERAS VELASQUEZ JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 42e #80-69	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3183935525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1788290670	9491945923	I	2025/09/12	2025/09/19	NEQUI	7	$849,200

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	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (1 Afiliados)																													
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																													
1	CC	1140860863	LLERAS JULIETH																23030 1	30	EPS002	30		0	14-23	30	0.522%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140860863		LLERAS VELASQUEZ JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 42e #80-69	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3183935525	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1788290670	9491945923	I	2025/09/12	2025/09/19	NEQUI	7	$849,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$466,000	$2,100	$0	$468,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$466,000	$2,100	$0	$468,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,300	$100	$0	$15,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,300	$100	$0	$15,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$364,000	$1,700	$0	$365,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$364,000	$1,700	$0	$365,700
TOTAL				**1**	**$845,300**	**$3,900**	**$0**	**$849,200**