INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($2.000.000).

PERIODO A CANCELAR: Tercer pago contrato 20250793

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

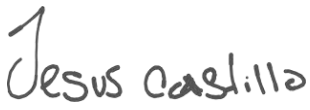
No. Contrato. 20250793 **No. CDP.** 250655 **No. RP. 252151**

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorro No. 37146371 del Banco Nu. C.F.

Correo electrónico: velasquezjesus101@gmail.com

Número de teléfono: 3006527411

Barranquilla, 19 de septiembre de 2025.



Jesus David Castillo Velasquez
C.C.: 1192925438 de copacabana
Celular: 3006527411
Correo: velasquezjesus101@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 254245 **Fecha:** 24/09/2025 **Hora:** 10:15:54
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250793 TERCER PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha:	**19**	**de**	**septiembre**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _ _ Parcial__Final x_

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250793
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	Jesús David Castillo Velásquez
Objeto del contrato: Prestación de Servicios Profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB	

Valor del contrato:	SEIS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($6.000.000)			**RP Número:**	252151
Rubro:	**2.1.2.0.2.0.2.0.0.8 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:**	21-07-2025		**Fecha de finalización:**	**30/09/2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

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

Valor del adicional contrato:	**NA**	**Valor Total Del Contrato**	**NA**	**RP Número:**	**NA**
Rubro:	**NA**	**Fuente de Financiación:**	**NA**	**NA**	**NA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**NA**		**Fecha de finalización:**	**NA**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO
Valor a Pagar Parcial: DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($2.000.000).

Periodo al que corresponde el pago:	**Tercer pago contrato 20250793**

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	Agosto
Pensión	**16%**	$227,800	Agosto
ARL	**0.522%**	$7,500	Agosto

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

CONTRATO		20250793		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$6.000.000	20250065647	**$ 18.000**	**28/0725**
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

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° 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

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):	Carolina Monsalve Pabón		
Por parte del contratista:	Jesús David Castillo Velásquez		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de Planeación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 a.m	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**11:00 a.m**

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
Apoyar en la construcción, registros, seguimiento y actualización de las plantillas de horarios académicos cuatrimestrales	Se participó en la recolección y consolidación de datos académicos para la construcción inicial de las plantillas. Se registraron horarios en el sistema institucional, se hizo seguimiento a las observaciones recibidas por parte de los programas y se realizaron actualizaciones conforme a ajustes solicitados por las facultades.
Apoyar el registro, revisión y ajuste de las asignaciones académicas en los documentos de seguimiento, el sistema institucional y las plantillas de horarios.	Se colaboró en la carga y verificación de asignaciones académicas en el sistema. Se contrastó la información con los documentos de respaldo, se revisaron inconsistencias y se hicieron los ajustes necesarios en las plantillas para mantener la coherencia con la planeación académica.

Apoyar en la revisión y ajustes de la proyección académica cuatrimestral, asegurando el correcto registro de los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil, con el fin de optimizar la planeación de los horarios académicos.	Se verificaron los datos proyectados para cada programa, asegurando la inclusión de los grupos de primer ingreso y la correcta continuidad de los cursos avanzados. Se realizaron ajustes a los grupos y se reportaron novedades para mantener la consistencia del plan académico y facilitar la generación de horarios.
Apoyar en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programa, en coordinación con las Facultades y unidad de Idiomas, para la adecuada asignación de horarios y recursos físicos.	Se asistió en la coordinación interfacultades para revisar la programación modular. Se revisó que la secuencia de los módulos respondiera a las necesidades formativas y se ajustaron tiempos y espacios físicos disponibles. Se mantuvo comunicación directa con Idiomas y planeación para asegurar una asignación eficiente.
Apoyar en la optimización del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos, a través de la herramienta Mi Espacio.	Se monitoreó el uso de la herramienta Mi Espacio, identificando errores o duplicidades en las solicitudes. Se colaboró en la asignación oportuna de espacios según la disponibilidad y se resolvieron conflictos presentados por cruce de horarios o requerimientos simultáneos.
Apoyar en la elaboración de informes sobre el uso de infraestructura física, tecnológica y deportiva.	Se recolectaron datos mensuales del uso de los distintos espacios físicos y tecnológicos. Se analizaron tendencias de uso y disponibilidad, y se elaboraron informes con indicadores clave para la toma de decisiones sobre la gestión de estos recursos.

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: 4,5

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
N/A	**N/A**	**N/A**

Fecha de la próxima reunión	**N/A**	**De**	**N/A**	**de**	**N/A**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (19)				
diecinueve	días del mes de	septiembre	de	2025

Carolina Monsalve Pabón
Supervisor del Contrato

Jesús David Castillo Velásquez
Contratista

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192925438		JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 47b #26-100	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3006527411	No

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	1772226604	9490199652	I	2025/09/09	2025/09/12	NU	3	$414,300

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
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA 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	1192925438 CASTILLO JESUS	230201	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1192925438		JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 47b #26-100	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3006527411	No

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	1772226604	9490199652	I	2025/09/09	2025/09/12	NU	3	$414,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$500	$0	$228,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$500	$0	$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$400	$0	$178,400
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$1,000**	**$0**	**$414,300**



Lunes, 28 de Julio de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250065647**
Fecha Emisión:	28/07/2025
Identificación:	1192925438
Declarante:	JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 6.000.000
Fecha Pago:	28/07/2025
Monto Pagado:	$ 18.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	CO1.SLCNTR.15374220, CONTRATO SECOP: 20250793
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**