INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ

VALOR DEL PAGO: DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL ($ 2.515.446,00).

PERIODO A CANCELAR: tercer pago contrato **20260297**

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla.

No. Contrato: 20260297 No. CDP. 260283 No. RP. 260152

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 37146371 de banco NU

Correo electrónico: velasquezjesus101@gmail.com

Número de teléfono: 3006527411

Barranquilla, 19 de marzo de 2026.

Jesús David Castillo Velásquez

JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ
C.C 1192925438 de Barranquilla

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 2026021485 **Fecha:** 25/03/2026 **Hora:** 09:17:45
Asunto: CUENTA DE COBRO 20260297 TERCER PAGO
Anexos: 7 FOLIOS
Remite: JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ
Destino: MELISSA DAVID DIAZ

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de

Fecha:	19	de	Marzo	de	2026

Acta de recibo Inicial _Parcial X_ Final___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20260297
Tipode contrato:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	Jesús David Castillo Velásquez
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valordel contrato:	**Doce millones doscientos cuarenta y un mil ochocientos treinta y siete pesos moneda legal ($ 12.241.837,00)**		**RP Número:**	260152	
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS ALAS EMPRESAS YSERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**Prestación de Servicios**
Plazodel contrato:	**Fecha de inicio:**	**21-01-2026**	**Fecha de finalización:**	**31/05/2026**	
Suspensiónde contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N.A.**	**Fechade reinicio:**	**N.A.**	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N.A.
Tipode contrato:	N.A.
Nombre de Contratista:	N.A.
Objeto del contrato:	

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

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Inicial: DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL ($ 2.515.446,00).	
Periodo al que corresponde el pago:	**Tercer pago contrato 20260297**

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%**	**$218,900**	**Febrero**
Pensión	**16%**	**$280,200**	**Febrero**
ARL	**0,522%**	**$9,200**	**Febrero**

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

CONTRATO		20260297		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**12.241.837,00**	**20260014370**	**37000**	**28/01/2026**
EstampillaPro – 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**

EstampillaPro – 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):	Wendy Villareal Espriella		
Por parte del contratista:	Jesús David Castillo Velasquez		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina Asesora de Planeacion		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	10:00 am

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución	Se garantizó el desarrollo oportuno y eficiente de las actividades asignadas, cumpliendo con los estándares de calidad requeridos por la Institución.
Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Se asumieron los gastos y responsabilidades inherentes a la ejecución del contrato, sin generar costos adicionales para la Institución.
Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta	Las actividades se ejecutaron conforme a los términos, condiciones y compromisos establecidos en la propuesta presentada y aprobada.

Constituir las pólizas pactadas en el contrato dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega del contrato	Se realizó la constitución de las pólizas contractuales dentro del plazo establecido, dando cumplimiento a las obligaciones contractuales.
Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB	Se desarrollaron las actividades correspondientes al objeto contractual, atendiendo las especificaciones técnicas y administrativas definidas por la IUB.
Encontrarse al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.	Se mantuvo al día el cumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.
Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan.	Se dio cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales derivadas de la normativa vigente y de la naturaleza del contrato.
Apoyar en la construcción, registros, seguimiento y actualización de las plantillas de horarios académicos cuatrimestrales.	Se apoyó la elaboración, registro, seguimiento y actualización de las plantillas de horarios académicos cuatrimestrales, garantizando su coherencia con la planeación institucional.
Apoyar el registro, revisión y ajuste de las asignaciones académicas en los documentos de seguimiento, el sistema institucional y las plantillas de horarios	Se realizó el registro, revisión y ajuste de las asignaciones académicas en los documentos de seguimiento, el sistema institucional y las plantillas de horarios.
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 para optimizar la planeación de horarios	Se contribuyó a la revisión y ajuste de la proyección académica, asegurando el adecuado registro de los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil, optimizando la planeación de horarios.
Apoyar en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programa, trabajando de manera articulada con las Facultades y la unidad de Idiomas.	Se apoyó el seguimiento y control de la proyección académica a nivel de módulos por programa, en articulación con las Facultades y la unidad de Idiomas.
Apoyar en la asignación y seguimiento de recursos físicos a través de la herramienta tecnológica denominada "Mi Espacio"	Se realizó el apoyo en la asignación y seguimiento de los recursos físicos mediante la herramienta tecnológica “Mi Espacio”, garantizando el uso eficiente de los espacios institucionales.

Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, participando activamente en los procesos de seguimiento y coordinación.
Guardar absoluta reserva sobre documentos, informaciones y datos que se manejan en la respectiva dependencia.	Se mantuvo la confidencialidad de la información, documentos y datos manejados en el marco del contrato.
Cumplir con las demás actividades y especificaciones dadas por la Institución y el supervisor del contrato, actuando con eficiencia y calidad para el cumplimiento del objeto contractual.	Se atendieron las demás actividades y requerimientos formulados por la Institución y el supervisor del contrato, actuando con eficiencia y calidad para el cumplimiento del objeto contractual.

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

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN

Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

Fecha de la próxima reunión	**20**	**De**	**Abril**	**de**	**2026**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (19)				
Diecinueve	días del mes de	Febrero	de	2026

Wendy Villarreal E

WENDY VILLARREAL ESPRIELLA
Supervisor o Interventor

Jesús David Castillo Velásquez

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		CASTILLO VELASQUEZ JESUS DAVID	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
2026-02	2026-02	108529584	9499881016	I	2026/03/10	2026/03/03	NU	0	$508,300

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	1192925438 CASTILLO JESUS	230201	30	$1,750,905	$280,200	CCFC55	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

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		CASTILLO VELASQUEZ JESUS DAVID	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
2026-02	2026-02	108529584	9499881016	I	2026/03/10	2026/03/03	NU	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300