

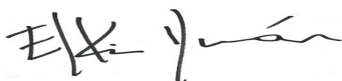
INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Informe Número:	1
Fecha:	Enero 2025
Periodo (mes que cobra):	Enero 2025
Dependencia o proceso:	CONVENIOS
Elaborado por:	ELKIN DURAN MANCIPE
Contrato:	VAD 617
Duración Contrato:	DOS (2) meses y NUEVE (9) días
Objeto:	Prestación de servicios profesionales por su cuenta y riesgo sin vínculo laboral, en el marco del convenio CO1.PCCNTR.6754917 suscrito entre la Institución Universitaria Pascual Bravo y el Ministerio de Educación Nacional, con el fin de contribuir a mejorar los procesos de aseguramiento de la calidad y de programas académicos de las instituciones que recibirán acompañamiento en las regiones en las líneas que le sean asignadas.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE ACTIVIDADES	EVIDENCIAS
Atender a las IES o programa asignado en las diferentes etapas, de acuerdo con las orientaciones recibidas, respetando las particularidades de cada una.	Se realizó una clasificación de las IES atendidas en 2024, para identificar similitudes y diferencias, y proceder a distribuirlas en grupos dentro de la metodología de acompañamiento	Ver evidencia
Orientar a las instituciones en el diseño de estrategias institucionales que permitan fortalecer sus procesos de aseguramiento de la calidad.	Se generó un documento inicial con la propuesta de la metodología que se llevará a cabo, para este nuevo acompañamiento de las IES	Ver evidencia
Realizar actividades para orientar a las instituciones en la implementación de estrategias que permitan fortalecer sus procesos de aseguramiento de la calidad y verificar los avances en el logro de la ejecución de sus acciones.	Se realizaron reuniones grupales, con el equipo de la línea, para definir acciones que se articulan en la metodología de acompañamiento que se llevará a cabo.	Ver evidencia

Orientar a las instituciones en la ejecución de sus planes de acción.	No aplica	Ver evidencia
Participar en las visitas in situ y virtuales que le sean asignadas, así como a reuniones que se le convoquen.	No aplica	Ver evidencia
Apoyar la preparación de informes de entrega y avances del proyecto.	Se revisó el documento generado en 2024, para identificar mejoras y ajustar, en conjunto con el equipo del proyecto	Ver evidencia
Las demás que se requieran en el marco del objeto contractual.	Se realizaron reuniones con el equipo del proyecto, para definir aspectos del acompañamiento y particularidades	Ver evidencia

Atentamente,



FIRMA: _____

ELKIN DURAN MANCIPE

CC 94.452.393 de CALI

Medellín, Enero de 2025

SEÑORES

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO

La ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para disminuir la base gravable de la retención en la fuente por renta y certificación de calidad de declarante del citado impuesto.

1. De manera atenta, y de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto Nacional N° 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizó al sistema de seguridad social por el contrato Nro. PS 2128 de 2024

Para tal efecto **certifico bajo gravedad de juramento** que:

2. Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a ingresos provenientes de la prestación de servicios de manera personal del contrato materia del pago sujeto a revisión.

3. El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponde al periodo que origina el pago del mes de **Diciembre**.

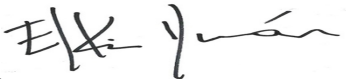
4. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla Nro. **82941985**, la cual adjunto corresponden a este contrato.

5. El monto para disminuir la base de Retención en la fuente por concepto de Salud y Pensión, **sin intereses de mora es:**

SALUD \$ 354.000

PENSIÓN \$ 453.100

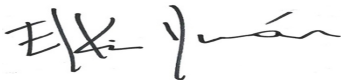
6. Para efecto de determinación de la tarifa de la retención en la fuente por renta aplicable a los pagos del citado contrato, **certifico bajo la gravedad de juramento** que cumplo con los topes establecidos para **SI X NO _____** ser DECLARANTE por el año gravable **2024**.

FIRMA:  _____

NOMBRE: ELKIN DURAN MANCIPE

DOCUMENTO: 94.452.393

CUENTA DE COBRO	FECHA DE COBRO	MES	AÑO
		Enero	2025
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO		NIT: 890980153-1	
DIRECCIÓN: Calle 73 No. 73A - 226 Vía al Volador		TELEFONO: 4480520	
DEBE A:			
NOMBRE: ELKIN DURAN MANCIPE			
NO RESPONSABLE DE IVA			
CEDULA O NIT: 94.452.393		EXPEDIDA EN: CALI	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CARRERA 13 NO 8-14 SUR EDIFICIO BOLAÑOS APTO 404		TELEFONO RESIDENCIA: 3158043842	
CONCEPTO: Prestación de servicios profesionales por su cuenta y riesgo sin vínculo laboral, en el marco del convenio CO1.PCCNTR.6754917 suscrito entre la Institución Universitaria Pascual Bravo y el Ministerio de Educación Nacional, con el fin de contribuir a mejorar los procesos de aseguramiento de la calidad y de programas académicos de las instituciones que recibirán acompañamiento en las regiones en las líneas que le sean asignadas., del mes de Enero correspondiente al Contrato VAD 617 de 2025			
VALOR: \$2.123.760			
VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES CIENTO VEINTITRES MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS			
He contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad: SI _____ NO __X__			



FIRMA: _____

CEDULA NRO. 94.452.393 de CALI

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	94452393	ELKIN DURAN MANCIPE		CARRERA 13 No 8-14 SUR	3158043842	elkinduran@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82941985	\$821.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	354.000	0		0		0	0	0	0	354.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	453.100	0	0	0	0	0	0	0	453.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.800				14.800	0	0	14.800			148	14.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	354.000	354.000
Pensión	1	453.100	453.100
Riesgos Laborales	1	14.800	14.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	821.900	821.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	94452393	ELKIN DURAN MANCIPE		CARRERA 13 No 8-14 SUR	3158043842	elkinduran@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82941985	\$821.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ACT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	94452393	DURAN MANCIPE ELKIN	59	0	N																			230201	2.831.680	453.100	0	0	0	0	EPS005	2.831.680	354.000	14-23	2.831.680	1	14.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA