Firmado por:
Institucion Universitaria Pascual Bravo
2026/03/17 03:24:17:614

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Informe Número:	1
Fecha:	Febrero 2026
Periodo (mes que cobra):	Febrero 2026
Dependencia o proceso:	CONVENIOS
Elaborado por:	**HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA**
Contrato:	PS 1048
Duración Contrato:	CUATRO (4) meses y VEINTINUEVE (29) días
Objeto:	Prestación de servicios profesionales como contratista independiente, sin vínculo laboral por su propia cuenta y riesgo, para realizar acciones requeridas en cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato interadministrativo No. 4600104433 de 2025, celebrado entre el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín – Secretaría de Participación Ciudadana y la Institución Universitaria Pascual Bravo.

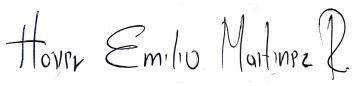
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	DESARROLLO DE ACTIVIDADES	EVIDENCIAS
Apoyar la elaboración de estudios, análisis, informes e insumos técnicos asociados a los aplicativos y sistemas de información de la Subsecretaría de Organización Social, conforme a los lineamientos institucionales.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Apoyar la organización, administración y análisis de bases de datos e información relevante, contribuyendo a la estructuración de reportes, el seguimiento de indicadores y la toma de decisiones en la Subsecretaría de Organización Social.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia

Apoyar los procesos de implementación, mantenimiento y puesta en operación de los sistemas y aplicativos de información de la Subsecretaría de Organización Social.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Apoyar la ejecución de pruebas funcionales y técnicas a los aplicativos y sistemas de información, con el fin de verificar el cumplimiento de los requerimientos definidos.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Apoyar los procesos de socialización y capacitación dirigidos a usuarios internos y externos sobre el uso y funcionamiento de los aplicativos y sistemas de información de la Subsecretaría de Organización Social.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Apoyar el reporte oportuno de fallas, inconsistencias y oportunidades de mejora identificadas en el funcionamiento de los aplicativos y sistemas de información.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Apoyar las acciones de seguimiento, monitoreo y actualización de los sistemas y aplicativos de información de la Subsecretaría de Organización Social, conforme a los lineamientos establecidos.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Apoyar las demás actividades que le sean requeridas desde la Subsecretaría de Organización Social y la Secretaría de Participación Ciudadana.	Este mes se acompañó en el desarrollo del aplicativo web en Google para el pago de honorarios a los EDILES de la JAL, de la ciudad de Medellín	Ver evidencia
Acompañar y apoyar el desarrollo de actividades y eventos programados por la Secretaría de Participación Ciudadana.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia

Revisión, análisis, gestión y apoyo a la respuesta de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) asignadas.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Custodiar y entregar las evidencias que se generen en la realización de las actividades asignadas, las cuales deben elaborarse en los formatos dispuestos por el Distrito Medellín.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Realizar labores de apoyo a la supervisión de contratos de la Secretaría de Participación Ciudadana, acorde con lo estipulado en la normatividad de la contratación estatal y del Distrito de Medellín, en caso de que se considere necesario.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Realizar labores de apoyo a la supervisión de contratos de la Secretaría de Participación Ciudadana, acorde con lo estipulado en la normatividad de la contratación estatal y del Distrito de Medellín, en caso de que se considere necesario.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia
Asistir cuando sea requerido a las reuniones que se convoquen en desarrollo y seguimiento del contrato, incluyendo aquellas de carácter territorial, institucional o técnico, convocadas por la supervisión, la entidad contratante o por las instancias que se determinen.	Este mes se asistió a la reunión virtual con el Pascual Bravo.	Ver evidencia
Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que tengan relación con el objeto contractual.	Este mes se acompañó en el desarrollo del aplicativo web en Google para el pago de honorarios a los EDILES de la JAL, de la ciudad de Medellín	Ver evidencia

El contratista se obliga a cargar en la plataforma electrónica SECOP II toda la documentación requerida por el contratante, en los plazos y condiciones indicadas por el mismo, como condición indispensable para la aprobación de los pagos correspondientes por parte de la supervisión.	PARA EL MES EN CURSO NO SE REQUIRIÓ ESTA ACTIVIDAD	Ver evidencia

Atentamente,



FIRMA: _____

HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA

CC 1.038.814.419 de CHIGORODÓ

Medellín, Febrero de 2026

Firmado por:
Institucion Universitaria Pascual Bravo
2026/03/17 03:25:40:490

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 2480 de 2025

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 **Noviembre**.
4. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla Nro. **0000**, 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 $
PENSIÓN $

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**_____ **NO** __**X**__ ser DECLARANTE por el año gravable **2025**.

7. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, manifiesto por escrito y bajo la gravedad de juramento que **SI**_____ **NO** __**X**__ tomaré costos o deducciones asociadas a dichas rentas para la depuración de la base gravable de la retención en la fuente.

FIRMA: _____

NOMBRE: HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA
DOCUMENTO: 1.038.814.419

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-17, 03:13:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 84460662

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 17/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA		
Documento	CC1038814419	**Dirección**	CL 59A NORTE #30 - 73 INTERIOR 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005399011
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1038814419	HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.800.000	$ 448.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.800.000	$ 350.000	2,436	$ 2.800.000	$ 68.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 866.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 0	$ 448.000	$ 350.000	$ 68.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 866.300	$ 6.800	$ 873.100

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Firmado por:
Institucion Universitaria Pascual Bravo
2026/03/17 03:26:59:713

CUENTA DE COBRO	FECHA DE COBRO	MES	AÑO
		Febrero	2026
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO		**NIT: 890980153-1**	
DIRECCIÓN: Calle 73 No. 73A - 226 Vía al Volador		**TELEFONO: 4480520**	
DEBE A:			
NOMBRE: HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA			
NO RESPONSABLE DE IVA			
CEDULA O NIT: 1.038.814.419		**EXPEDIDA EN:** CHIGORODÓ	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CALLE 59A#30-73		**TELEFONO RESIDENCIA:** 3005399011	
CONCEPTO: Prestación de servicios profesionales como contratista independiente, sin vínculo laboral por su propia cuenta y riesgo, para realizar acciones requeridas en cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato interadministrativo No. 4600104433 de 2025, celebrado entre el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín – Secretaría de Participación Ciudadana y la Institución Universitaria Pascual Bravo., del mes de Febrero correspondiente al Contrato PS 1048 de 2026			
VALOR: $5.800.000			
VALOR EN LETRAS: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS			
He contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad: SI_____ NO __X__			

FIRMA: _____

CEDULA NRO. 1.038.814.419 de CHIGORODÓ

Medellín, Marzo de 2026

Firmado por:
Institucion Universitaria Pascual Bravo
2026/04/15 02:22:07:943

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.

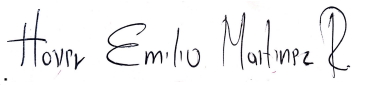
1. De manera atenta, y de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto Nacional N° 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizó al sistema de seguridad social por el contrato Nro. PS 1048 de 2026

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 **Febrero**.
4. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla Nro. **84460662**, 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	$ 350.000
PENSIÓN	$ 448.000

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**_____ **NO** __**X**__ ser DECLARANTE por el año gravable **2025**.

7. De acuerdo al Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, manifiesto por escrito y bajo la gravedad de juramento que **SI**_____ **NO** __**X**__ tomaré costos o deducciones asociadas a dichas rentas para la depuración de la base gravable de la retención en la fuente.

FIRMA: 

NOMBRE: HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA
DOCUMENTO: 1.038.814.419

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-23, 11:12:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 84460662

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 17/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA		
Documento	CC1038814419	**Dirección**	CL 59A NORTE #30 - 73 INTERIOR 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005399011
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1038814419	HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.800.000	$ 448.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.800.000	$ 350.000	2,436	$ 2.800.000	$ 68.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 866.300

III.TOTALES

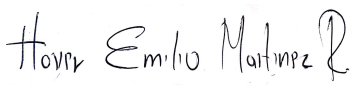
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 0	$ 448.000	$ 350.000	$ 68.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 866.300	$ 6.800	$ 873.100

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Firmado por:
Institucion Universitaria Pascual Bravo
2026/04/15 02:22:44:849

CUENTA DE COBRO	FECHA DE COBRO	MES	AÑO
		Marzo	2026
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO		**NIT: 890980153-1**	
DIRECCIÓN: Calle 73 No. 73A - 226 Vía al Volador		**TELEFONO: 4480520**	
DEBE A:			
NOMBRE: HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA			
NO RESPONSABLE DE IVA			
CEDULA O NIT: 1.038.814.419		**EXPEDIDA EN:** CHIGORODÓ	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CALLE 59A#30-73		**TELEFONO RESIDENCIA:** 3005399011	
CONCEPTO: Prestación de servicios profesionales como contratista independiente, sin vínculo laboral por su propia cuenta y riesgo, para realizar acciones requeridas en cumplimiento de las obligaciones contraídas en el contrato interadministrativo No. 4600104433 de 2025, celebrado entre el Distrito Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín – Secretaría de Participación Ciudadana y la Institución Universitaria Pascual Bravo., del mes de Marzo correspondiente al Contrato PS 1048 de 2026			
VALOR: $6.000.000			
VALOR EN LETRAS: SEIS MILLONES PESOS			
He contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad: SI_____ NO __X__			



FIRMA: _____

CEDULA NRO. 1.038.814.419 de CHIGORODÓ