INFORME MENSUAL	**X**	**INFORME FINAL**	

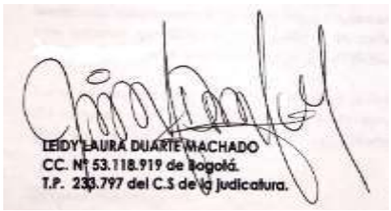
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO										
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME							10	12	2022	
PERIODO DE REPORTE DEL INFORME	DICIEMBRE DE 2022									
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS									
No. CONTRATO	CD-DP- 4010-22									
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEIDY LAURA DUARTE MACHADO									
C.C.	53118919									
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGADO									
ACTA DE INICIO	**SI**		**N/A**	X	**FECHA SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO**					
FECHA DE INICIO	05	12	2022	**FECHA DE TERMINACIÓN**			30	06	2023	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 32.315.871,00			**FORMA DE PAGO**	MENSUAL					
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.	163922 del 13-09-2022			**REGISTRO PRESUPUESTAL No.**						
Supervisión										
NOMBRE DEL SUPERVISOR	HERNANDO ORDOÑEZ RAMIREZ									
CARGO	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTION									

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	
Pago de seguridad social y riesgos laborales *(Cuando aplique indicar también parafiscales)*	
Pago aporte al sistema de salud Aporte Obligatorio.	$ 230.500
Pago aporte al sistema de pensiones Aporte Obligatorio.	$ 295.900
Pago aporte de ARL obligatorio.	$ 9.700
Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	
CERTIFICO que he cumplió con la política del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST).	SI
Obligaciones del Contratista	

Obligaciones	**Descripción de actividades realizadas para el cumplimiento de las obligaciones, logros y obstáculos**
Obligación contractual No. 1	Prestar asesoría profesional en derecho a los usuarios asignados mediante acta de reparto.
Obligación contractual No. 2	Acreditarse ante los despachos judiciales.
Obligación contractual No. 3	Asistir a las audiencias públicas convocadas por los jueces de conocimiento.
Obligación contractual No. 4	Diligenciar los registros en la plataforma Visión Web

Obligación contractual No. 5	Presentar el informe de supervisión en los tiempos estipulados y concertados por la Regional y el supervisor del contrato.

OBSERVACIONES
En el mes de DICIEMBRE se recibieron 2 procesos asignados por turno URI y 2 procesos asignados por reparto, en los cuales se realizaron diligencias de representación judicial, acreditación ante despachos. Igualmente se adelanto audiencia de juicio oral



LEIDY LAURA DUARTE MACHADO

FIRMA

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	**Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera**	Código: FI-P02-F07
	DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL	Versión: 02
		Vigente desde: 29/02/2016

Cali, Valle del Cauca Diciembre 12 de 2022

Yo, **LEIDY LAURA DUARTE MACHADO**, C.C. No. **53.118.919** de BOGOTA, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **4010** año **2022** de la Regional **VALLE DEL CAUCA** de conformidad con el Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y para efectos de depuración de los ingresos mensuales que han de determinar la base gravable de Retención en la Fuente, aplicable a los empleados independientes, informo que el valor pagado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A.R.L., corresponden al mes de **DICIEMBRE** del año 2022 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	4476746893
Valor Pagado Salud	+ 230.500
Valor Pagado Pensión	+ 295.900
Valor Pagado A.R.L.	+ 9.700
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= 536.100
Es Pensionado	**Si** [ ] **No** [x] .

OTRAS DEDUCCIONES (BENEFICIO TRIBUTARIO) A TENER EN CUENTA PARA DISMINUIR AÚN MÁS LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, ADJUNTE LOS DOCUMENTOS (POR UNA SOLA VEZ AL AÑO) CITADOS A CONTINUACIÓN:

Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2021.** (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2021.** (Art. 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .

Declarante de Renta: **Si** [X] **No** [ ] .

El Contrato de prestación de servicios, suscrito con la Defensoría del Pueblo, se detalla a continuación:

Número del contrato	Valor total del Contrato	Valor a pagar en el mes incluido IVA	Fecha de iniciación	Fecha de terminación	Observaciones
4010	32.315.871	4.001.013	1 DICIEMBRE 2022	30 JUNIO 2023	N/A

En constancia de lo anterior, se firma a los 12 días del mes de DICIEMBRE DE 2022



¡Transferencia exitosa!

Comprobante No. 0000048100

09 Dic 2022 - 09:49 a.m.

Producto origen

Cuenta de Ahorro

Ahorros

***3098**

Producto destino

yesenia eps

Ahorros / Bancolombia A la mano

031-876701-12

Valor enviado

$ 556.100,00

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53118919
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		LEIDY LAURA DUARTE MACHADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 9 # 11-50 TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4476746893**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992552795

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 295.900
SUBTOTAL:			1	**$ 295.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 230.500
SUBTOTAL:			1	**$ 230.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.700
SUBTOTAL:			1	**$ 9.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 536.100**