| Defensoría del Pueblo COLOMBIA | Proceso: Gestión Contractual | Código: CO-P02-F68 |
|---|---|---|
| | | Versión: 2 |
| | INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN | Vigente desde:<br>31/01/2023 |

| Tipo de Informe | Mensual | Fecha de elaboración del informe | DÍA: 25 | MES: Febrero | AA: 2023 |
|---|---|---|---|---|---|

| Periodo de reporte del informe | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Del | 1 | Febrero | 2023 | al | 28 | Febrero | 2023 |

## INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| Número de contrato | CD-DP-149-2023 | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista /Razón Social | YOMARA ISABEL PUELLO PEDROZA | C.C. o NIT | 45.518.331 |
| Dirección | Canapote Calle 61 #16-30 | Ciudad | CARTAGENA |
| Celular | 301 5349303 | Dirección de correo electrónico | yomarapuello@gmail.com |
| Cuenta bancaria | De Ahorros | No. 8518957288 | Banco: BANCOLOMBIA |
| Tipo de contrato | Prestación de servicios profesionales | | |

| Acta de inicio | Si ☐ | N/A ☑ | Fecha de inicio de actividades | DÍA: 1 | MES: Febrero | AA: 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|

**Objeto del contrato**

Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial y extrajudicial de los usuarios del servicio de defensoría pública; y la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos.

| Plazo de ejecución | MESES: 3 | y | DÍAS: 0 | Fecha de terminación | DÍA: 31 | MES: Diciembre | AA: 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor total del contrato | $ 59.719.500,00 | | | Valor honorarios mensuales | $ 5.193.000,00 | | |
| Lugar de ejecución | CARTAGENA | | | | | | |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 10723 | | | Registro Presupuestal | 59723 | | |
| Tipo de seguimiento | Supervisión | Cargo del supervisor o interventor | profesional administrativo y de gestión Defensoria Pública Regional Bolivar | | | | |
| Nombre del supervisor o interventor | DENISE PUERTA CARABALLO | C.C. o NIT | 22.806.302 | | | | |
| Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor | dpuerta@defensoria.gov.co | | | | | | |

| Garantía Única | Si ☑ / N/A ☐ | Fecha de expedición | DÍA: 19 | MES: Enero | AA: 2023 | Fecha de aprobación | DÍA: 28 | MES: Enero | AA: 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la aseguradora | Seguros del Estado S.A. | Número de póliza: 75-46-101009392 |
|---|---|---|

| Amparos | | Vigencia | | | | | | | Valor amparo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
| Cumplimiento | Desde | 19 | Enero | 2023 | Hasta | 30 | Abril | 2024 | $ 5.971.950,00 |
| Calidad del servicio | Desde | 19 | Enero | 2023 | Hasta | 31 | Diciembre | 2025 | $ 11.943.900,00 |

| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Desde | | | | Hasta | | | | |
| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |
| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |

## Modificaciones contractuales

| Prórrogas | Si | N/A |
|---|---|---|
| Prórroga No. 1 hasta | DÍA / MES / AA | |
| Prórroga No. 2 hasta | DÍA / MES / AA | |
| Prórroga No. 3 hasta | DÍA / MES / AA | |

| Adiciones | Si | N/A |
|---|---|---|
| Valor adición No. 1 | Valor total incluida adición | |
| Valor adición No. 2 | Valor total incluida adición | |
| Valor adición No. 3 | Valor total incluida adición | |

| Reducción de valor | Si | N/A | Valor reducción | Valor total con reducción |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| | | Desde (DÍA / MES / AA) | Reinicio (DÍA / MES / AA) |
|---|---|---|---|
| Suspensiones | Si ☐ N/A ☑ | | |

| Nueva fecha de terminación | Si | N/A | DÍA / MES / AA |
|---|---|---|---|
| | ☐ | ☑ | |

## EJECUCIÓN CONTRACTUAL

### Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales

Yo **YOMARA ISABEL PUELLO PEDROZA** con número de C.C. o NIT **45.518.331** en mi calidad de contratista de la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato en mención, 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, a continuación relaciono los valores pagados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, de acuerdo con la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes publicada en el plan de pagos del SECOP II:

**Personas jurídicas:** acreditar certificación juramentada suscrita por Representante Legal o Revisor Fiscal, según corresponda.

| Mes al que corresponden los pagos de acuerdo con la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes | Enero |
|---|---|

### Valores pagados

| | |
|---|---|
| Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 147.100,00 |
| Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 188.300,00 |
| ARL - Aporte Obligatrorio: nivel 1 0,522% | $ 6.200,00 |
| **Total de aportes pagados** | **$ 341.600,00** |

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 ☑ |
| ¿Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC? (Art 126-4 E.T.) | Si ☐ | No ☑ |
| ¿Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el año inmediatamente anterior a este informe? (Artículos 119 y 387 E.T.) | Si ☐ | No ☑ |
| ¿Ha contratado 2 o más trabajadores vinculados o asociados a la actividad? (Parágrafo 2o. Artículo 383 E.T.) | Si ☐ | No ☑ |
| ¿Tiene dependientes? (Art. 387 E.T.) | Si ☑ | No ☐ |
| ¿Efectuó pagos a Medicina Prepagada durante el año inmediatamente anterior a este informe? (Art. 387 E.T.) | Si ☐ | No ☑ |
| ¿Declarante de Renta? | Si ☑ | No ☐ |

### Obligaciones contractuales y actividades realizadas

## Diligenciar Anexo No. 1

### Autorización de pago por parte del Supervisor / Interventor

Yo **DENISE PUERTA CARABALLO** con número de C.C. o NIT **22.806.302** , en mi calidad de **SUPERVISION** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **YOMARA ISABEL PUELLO PEDROZA**

de conformidad con la normatividad vigente, cumplió con los pagos de Seguridad Social y de Riesgos Laborales, asimismo, cumplió con el objeto y las obligaciones contractuales, por lo que solicito se adelante el pago de los honorarios correspondientes al mes y año del presente informe, de acuerdo con la siguiente relación.

## RELACIÓN DE PAGOS Y SALDO

| Pagos | No. de pago | Meses | Cantidad días | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|
| | 1°. Pago | Febrero | 30 | $ 5.193.000,00 |
| | 2°. Pago | | | |
| | 3°. Pago | | | |
| | 4°. Pago | | | |
| | 5°. Pago | | | |
| | 6°. Pago | | | |
| | 7°. Pago | | | |
| | 8°. Pago | | | |
| | 9°. Pago | | | |
| | 10°. Pago | | | |
| | 11°. Pago | | | |
| | 12°. Pago | | | |
| | **Total pagado** (incluido el periodo a pagar de este informe) | | | **$ 5.193.000,00** |
| | **Saldo** | | | |

## OBSERVACIONES

| | |
|---|---|
| Defensoría del Pueblo COLOMBIA | **Proceso: Gestión Contractual** |
| | **ANEXO No. 1 del Formulario Código: CO-P02-F68**<br>**INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS**<br>**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN** |

| **Número de contrato** | **CD-DP-149-2023** |
|---|---|

**Obligaciones contractuales y actividades realizadas**

| 1 | | | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| **Información a diligenciar por el contratista** | | | **Información a diligenciar por el supervisor / interventor** | |
| **No.** | **Obligaciones contractuales** | **Actividades realizadas** | **No.** | **Observaciones** |
| 1 | Prestar asesoría profesional en derecho a los usuarios asignados mediante acta de reparto. | SE CUMPLIO | 1 | SIN OBSERVACION |
| 2 | Acreditarse ante los despachos judiciales. | SE CUMPLIO | 2 | SIN OBSERVACION |
| 3 | Asistir a las audiencias públicas convocadas por los jueces de conocimiento | SE CUMPLIO | 3 | SIN OBSERVACION |
| 4 | Enviar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud | SE CUMPLIO | 4 | SIN OBSERVACION |
| 5 | Presentar el informe de supervisión en los tiempos estipulados y concertados por la Regional y el supervisor del contrato | SE CUMPLIO | 5 | SIN OBSERVACION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Número de contrato | CD-DP-149-2023 |
|---|---|

## Obligaciones contractuales y actividades realizadas

### 1 — Información a diligenciar por el contratista

| No. | Obligaciones contractuales | Actividades realizadas |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 2 — Información a diligenciar por el supervisor / interventor

| No. | Observaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## OBSERVACIONES

## FIRMAS

**El CONTRATISTA**

| DÍA | MES | AA |
|---|---|---|
| 25 | FEBRERO | 2023 |

**El SUPERVISOR / INTERVENTOR**

| DÍA | MES | AA |
|---|---|---|
| 25 | FEBRERO | 2023 |