| 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 |

| | | | DÍA | MES | AA |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Informe | MENSUAL | Fecha de elaboración del informe | 13 | DICIEMBRE | 2023 |

| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo de reporte del informe | Del | 2 | DICIEMBRE | 2023 | al | 31 | DICIEMBRE | 2023 |

## INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número de contrato | **CD-DP-4078-2023** | | |
| Nombres y apellidos contratista /Razón Social | **EDGAR HERNAN GOMEZ MORALES** | C.C. o NIT | 80.433.654 |
| Dirección | CARRERA 21 No. 6 - 12 | Ciudad | YOPAL |
| Celular | 311 2978115 | Dirección de correo electrónico | edgagomez@defensoria.edu.co |
| Cuenta bancaria | AHORROS | No. 570286070326413 | Banco DAVIVIENDA |
| Tipo de contrato | | | |

| | | | DÍA | MES | AA |
|---|---|---|---|---|---|
| Acta de inicio | Si ☑ N/A ☐ | Fecha de inicio de actividades | 2 | DICIEMBRE | 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.

| | MESES | | DIAS | | DÍA | MES | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Plazo de ejecución | 12 | y | 29 | Fecha de terminación | 31 | DICIEMBRE | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor total del contrato | **$ 61.815.000,00** | Valor honorarios mensuales | **$ 4.755.000,00** |
| Lugar de ejecución | YOPAL | | |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 131223 - 119623 | Registro Presupuestal | 9136923 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de seguimiento | Supervisión | Cargo del supervisor o interventor | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTION |
| Nombre del supervisor o interventor | VICTOR ALEXANDER ALARCON ARAQUE | C.C. o NIT | 74.185.076 |
| Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor | valarcon@defenesoria.gov.co | | |

| | | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Garantía Única** | Si ☑ N/A ☐ | Fecha de expedición | 29 | NOVIEMBRE | 2023 | Fecha de aprobación | 30 | NOVIEMBRE | 2023 |

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de la aseguradora | ASEGURADORA SOLIDARIA | Número de póliza<br>605-47-994000104672-0 |

| Amparos | | Vigencia | | | | | | | Valor amparo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
| CUMPLIMIENTO | Desde | 1 | DICIEMBRE | 2023 | Hasta | 11 | MAYO | 2025 | $ 6.181.500,00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | Desde | 1 | DICIEMBRE | 2023 | Hasta | 11 | ENERO | 2027 | $ 12.363.000,00 |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |

| Modificaciones contractuales | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prórrogas** | Si ☐ | N/A ☐ | | **Adiciones** | Si ☐ | N/A ☐ |
| Prórroga No. 1 hasta | DÍA | MES | AA | Valor adición No. 1 | Valor total incluida adición | |
| | | | | | | |
| Prórroga No. 2 hasta | DÍA | MES | AA | Valor adición No. 2 | Valor total incluida adición | |
| | | | | | | |
| Prórroga No. 3 hasta | DÍA | MES | AA | Valor adición No. 3 | Valor total incluida adición | |
| | | | | | | |
| **Reducción de valor** | Si ☐ | N/A ☐ | | Valor reducción | Valor total con reducción | |
| | | | | | | |

| | | | Desde | | | Reinicio | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | DÍA | MES | AA | DÍA | MES | AA |
| **Suspensiones** | Si ☐ | N/A ☐ | | | | | | |

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

## EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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

Yo **EDGAR HERNAN GOMEZ MORALES** con número de C.C. o NIT **80.433.654** 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: DICIEMBRE

**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 | DICIEMBRE |
|---|---|

### Valores pagados

| | |
|---|---|
| Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 240.000,00 |
| Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 307.200,00 |
| ARL - Aporte Obligatrorio: nivel 1 0,522% | $ 10.100,00 |
| **Total de aportes pagados** | **$ 557.300,00** |

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 **VICTOR ALEXANDER ALARCON ARAQUE** con número de C.C. o NIT **74.185.076** , en mi calidad de **supervisor** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **EDGAR HERNAN GOMEZ MORALES**

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**

| | No. de pago | Meses | Cantidad días | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|
| **Pagos** | 1°. Pago | DICIEMBRE | 29 | $ 4.596.500,00 |
| | 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) | | | **$ 4.596.500,00** |
| | **Saldo** | | | **$ 57.218.500,00** |

**OBSERVACIONES**