| 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: 31 | MES: Julio | AA: 2024 |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo de reporte del informe | Del DÍA: 3 / MES: Julio / AA: 2024 | al | DÍA: 31 | MES: Julio | AA: 2024 |

## INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| Número de contrato | CD-DP-1669-2024 | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista /Razón Social | LUZ ELENA AGUIRRE VELASQUEZ | C.C. o NIT | 1.104.674.268 |
| Dirección | CALLE 8 # 8-49 | Ciudad | CHINCHINÁ |
| Celular | 311 7027485 | Dirección de correo electrónico | luzaguirre@defensoria.edu.co |
| Cuenta bancaria | De Ahorros | No. 24062182913 | Banco: CAJA SOCIAL |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios Profesionales | | |

| Acta de inicio | Si ☐ | N/A ☑ | Fecha de inicio de actividades | DÍA: 3 | MES: Julio | AA: 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|

**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: 6 | y | DÍAS: | Fecha de terminación | DÍA: 31 | MES: Diciembre | AA: 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor total del contrato | $ 30.066.000,00 | | | Valor honorarios mensuales | $ 5.011.000,00 | | |
| Lugar de ejecución | CHINCHINÁ - CALDAS | | | | | | |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 26424 | | | Registro Presupuestal | | | |

| Tipo de seguimiento | Supervisión | Cargo del supervisor o interventor | Profesional Administrativo y de Gestión |
|---|---|---|---|
| Nombre del supervisor o interventor | CLAUDIA LUCÍA RAMÍREZ DUQUE | C.C. o NIT | 30.302.439 |
| Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor | Clramirez@defensoria.gov.co | | |

| Garantía Única | Si ☑ / N/A ☐ | Fecha de expedición | DÍA: 27 | MES: Junio | AA: 2024 | Fecha de aprobación | DÍA: 3 | MES: Julio | AA: 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la aseguradora | Seguros del Estado S.A. | Número de póliza |
|---|---|---|
| | | 42-46-101029039 |

| Amparos | Vigencia | | | | | | | | Valor amparo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
| Cumplimiento | Desde | 1 | Julio | 2024 | Hasta | 30 | Abril | 2025 | $ 3.006.600,00 |
| Calidad del servicio | Desde | 1 | Julio | 2024 | Hasta | 30 | Diciembre | 2026 | $ 6.013.200,00 |
| | 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 **LUZ ELENA AGUIRRE VELASQUEZ** con número de C.C. o NIT **1.104.674.268** 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 | Julio |
|---|---|

### Valores pagados

| | |
|---|---|
| Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 250.600,00 |
| Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 320.800,00 |
| ARL - Aporte Obligatrorio: nivel 1 0,522% | $ 10.500,00 |
| **Total de aportes pagados** | **$ 581.900,00** |

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 **CLAUDIA LUCÍA RAMÍREZ DUQUE** con número de C.C. o NIT **30.302.439** , en mi calidad de **Supervisora** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **LUZ ELENA AGUIRRE VELASQUEZ** 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 |
| | 1º. Pago | Julio | 28 | $ 4.676.933,33 |
| | 2º. Pago | | | |
| | 3º. Pago | | | |
| | 4º. Pago | | | |
| | 5º. Pago | | | |
| | 6º. Pago | | | |
| | 7º. Pago | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | **Total pagado** (incluido el periodo a pagar de este informe) | | | |
| | **Saldo** | | | |

**OBSERVACIONES**

• La Contratista cumplió con todas las obligaciones estipuladas en el contrato. Desarrolló las actuaciones teniendo en cuenta los parámetros establecido por la DNDP. Asistió a las audiencias virtuales programadas. Presentó el Informe de Ejecución Mensual en forma oportuna y con los anexos. Presentó a tiempo y con los soportes el pago de seguridad social. Asistió en forma virtual a las Barras Académicas.