

	Proceso: Gestión Contractual		Código: CO-P02-F68	
			Versión: 2	
	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN		Vigente desde: 31/01/2023	

Tipo de Informe	Mensual	Fecha de elaboración del informe	DÍA	MES	AA			
			30	Agosto	2024			
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Agosto	2024		31	Agosto	2024

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-602-2024				
Nombres y apellidos contratista / Razón Social	MARTIN GILBERTO GONZALEZ TORRES	C.C. o NIT	9.855.717		
Dirección	CALLE 4 # 7-27	Ciudad	Pensilvania		
Celular	314 6312989	Dirección de correo electrónico	martigonzalez@defensoria.edu.co		
Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	300525409	Banco	DAVIVIENDA
Tipo de contrato	Prestación de Servicios Profesionales				

Acta de inicio	Si ☐	N/A ☒	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				17	Abril	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	DIAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
	10			31	Diciembre	2024

Valor total del contrato	\$ 53.610.000,00	Valor honorarios mensuales	\$ 5.473.000,00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	Pensilvania y Manzanares - CALDAS
--------------------	-----------------------------------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	21624	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 ☒	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A ☐		12	Julio	2024		22	Julio	2024

Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.	Número de póliza	42-46-101028487
--------------------------	-------------------------	------------------	-----------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 5.361.000,00
		11	Abril	2024		30	Abril	2025	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 10.722.000,00
		11	Abril	2024		31	Diciembre	2026	
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	

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				
							\$ 1.680.000,00		\$ 53.610.000,00				
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 MARTIN GILBERTO GONZALEZ TORRES con número de C.C. o NIT 9.855.717 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											Agosto		
Valores pagados													
Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales										\$ 273.700,00			
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales										\$ 350.300,00			
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%										\$ 11.500,00			
Total de aportes pagados										\$ 635.500,00			
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 MARTIN GILBERTO GONZALEZ TORRES													
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	Abril	14	\$ 2.423.000,00	
	2°. Pago	Mayo	30	\$ 5.193.000,00	
	3°. Pago	Junio	30	\$ 5.193.000,00	
	4°. Pago	Julio	30	\$ 5.473.000,00	
	5°. Pago	Agosto	30	\$ 5.473.000,00	
	6°. Pago				
	7°. Pago				
	8°. Pago				
	9°. Pago				
	10°. Pago				
	11°. Pago				
	12°. Pago				
	13°. 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.					