| 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: 30 | MES: Julio | AA: 2024 |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo de reporte del informe | Del DÍA: 1 MES: Julio AA: 2024 | al | DÍA: 30 | MES: Julio | AA: 2024 |

## INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| Número de contrato | CD-DP-204-2024 | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista /Razón Social | CRISTY MILENA PINEDA OSIO | C.C. o NIT | 49.718.573 |
| Dirección | CLL 22D # 93-16 Modelia Imperial 2, casa 23 | Ciudad | BOGOTA |
| Celular | 301 2425791 | Dirección de correo electrónico | cpinedao@defensoria.edu.co |
| Cuenta bancaria | De Ahorros | No. 938510773 | Banco: BBVA |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios | | |
| Acta de inicio | Si ☐ N/A ☑ | Fecha de inicio de actividades | DÍA: 19 MES: Marzo 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: 9 y DÍAS: 12 | Fecha de terminación | DÍA: 31 MES: Diciembre AA: 2024 |
|---|---|---|---|
| Valor total del contrato | $ 57.123.000,00 | Valor honorarios mensuales | $ 5.193.000,00 |
| Lugar de ejecución | REGIONAL BOGOTA | | |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 21624 | Registro Presupuestal | 1180624 |
| Tipo de seguimiento | Supervisión | Cargo del supervisor o interventor | Profesional Administrativo y de Gestión |
| Nombre del supervisor o interventor | HELMUT XANDROVICH MELO RODRIGUEZ | C.C. o NIT | 11.323.378 |
| Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor | hmelo@defensoria.gov.co | | |

| Garantía Única | Si ☑ N/A ☐ | Fecha de expedición | DÍA: 6 | MES: Marzo | AA: 2024 | Fecha de aprobación | DÍA: 15 | MES: Marzo | AA: 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la aseguradora | Seguros del Estado S.A. | Número de póliza |
|---|---|---|
| | | 14-46-101111915 |

| Amparos | | Vigencia | | | | | | | Valor amparo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | |
| Cumplimiento | Desde | 6 | Marzo | 2024 | Hasta | 4 | Mayo | 2025 | $ 5.712.300,00 |
| Calidad del servicio | Desde | 6 | Marzo | 2024 | Hasta | 31 | Diciembre | 2026 | $ 11.424.600,00 |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | | **$ 58.803.000,00** | |
| 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 | |
| | | | | | | **$ 58.803.000,00** | |

| | | 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 **CRISTY MILENA PINEDA OSIO** con número de C.C. o NIT **49.718.573** 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 | $ 273.650,00 |
| Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales | $ 350.300,00 |
| ARL - Aporte Obligatrorio: nivel 1 0,522% | $ 11.450,00 |
| **Total de aportes pagados** | **$ 635.400,00** |

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 **HELMUT XANDROVICH MELO RODRIGUEZ** con número de C.C. o NIT **11.323.378** , en mi calidad de

**SUPERVISOR** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **CRISTY MILENA PINEDA OSIO**

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 | Marzo | 12 | $ 2.077.200,00 |
| | 2°. Pago | Abril | 30 | $ 5.193.000,00 |
| | 3°. Pago | Mayo | 30 | $ 5.193.000,00 |
| | 4°. Pago | Junio | 30 | $ 5.193.000,00 |
| | 5°. Pago | Julio | 30 | $ 5.473.000,00 |
| | 6°. Pago | | | |
| | 7°. Pago | | | |
| | 8°. Pago | | | |
| | 9°. Pago | | | |
| | 10°. Pago | | | |
| | 11°. Pago | | | |
| | 12°. Pago | | | |
| | 13°. Pago | | | |
| | 14°. Pago | | | |
| | 15°. Pago | | | |
| | 16°. Pago | | | |
| | 17°. Pago | | | |
| | 18°. Pago | | | |
| | 19°. Pago | | | |
| | **Total pagado** (incluido el periodo a pagar de este informe) | | | **$ 23.129.200,00** |
| | **Saldo** | | | **$ 35.673.800,00** |

## OBSERVACIONES

El valor de la reducción corresponde a la suma de dinero que existe entre la fecha estimada de inicio del contrato con la fecha de inicio de ejecución contractual real en SECOP II. El valor a pagar corresponde a doce días porque la notificación por parte del área de contratración del inicio del contrato fue el 19 de marzo de 2024. El valor de los honorarios de Julio del 2024 corresponde a la adición firmada el 30 de Junio del 2024 por el defensor.