

	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	Final	Fecha de elaboración del informe	DÍA	MES	AA			
			30	Diciembre	2024			
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Diciembre	2024		31	Diciembre	2024

INFORMACIÓN GENERAL DE L CONTRAT O

Número de contrato	CDP-58-2024
--------------------	--------------------

Nombres y apellidos contratista /Razón Social	SHEIBER CUENCA GALINDO	C.C. o NIT	79.691.049
---	-------------------------------	------------	-------------------

Dirección	Cra 4 No. 9 - 25	Ciudad	Neiva
-----------	-------------------------	--------	--------------

Celular	315 8993639	Dirección de correo electrónico	scugal-consultorlegal@hotmail.com
---------	--------------------	---------------------------------	--

Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	53492334584	Banco	BANCOLOMBIA
-----------------	------------	-----	--------------------	-------	--------------------

Tipo de contrato	Prestación de Servicios Profesionales
------------------	--

Acta de inicio	Si ☐	N/A ☒	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				20	Febrero	2024

Objeto del contrato

Prestar sus servicios profesionales como Coordinador Académico en la Defensoría Regional Huila, para fortalecer los escenarios de capacitación en torno a los temas de defensa pública, garantizando así una mejora en la prestación del servicio. Así mismo, velar por la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos

Plazo de ejecución	MESES	y	DÍAS	30	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
						31	Diciembre	2024

Valor total del contrato	\$58,788,667	Valor honorarios mensuales	\$5,500,000
--------------------------	---------------------	----------------------------	--------------------

Lugar de ejecución	NEIVA - HUILA
--------------------	----------------------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	21424	Registro Presupuestal	688424
--	--------------	-----------------------	---------------

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	DEFENSOR DEL PURBLO REGIONAL - HUILA
---------------------	-------------	------------------------------------	---

Nombre del supervisor o interventor	JOHANNA ELENA ROJAS HERRERA	C.C. o NIT	55.172.031
-------------------------------------	------------------------------------	------------	-------------------

Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor	iorojas@defensoria.gov.co
--	--

Garantía Única	Si ☐	N/A ☒	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA

Nombre de la aseguradora		Número de póliza	
--------------------------	--	------------------	--

Amparos		Vigencia						Valor amparo	
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	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 ☐				
Prórroga No. 1 hasta		DÍA	MES	AA	Valor adición No. 1		Valor total incluida adición		
		31	Diciembre	2024	%5,500,000		\$58,788,667		
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 ☒				
Nueva fecha de terminación			Si ☒		N/A ☐		31 Diciembre 2024		
EJECUCIÓN CONTRACTUAL									
Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales									
Yo SHEIBER CUENCA GALINDO con número de C.C. o NIT 79.691.049 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								Diciembre	
Valores pagados									
Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales							\$ 375.000,00		
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales							\$ 480.000,00		
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%							\$ 15.700,00		
Total de aportes pagados							\$ 870.700,00		
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 **JOHANA ELENA ROJAS HERRERA** con número de C.C. o NIT **55.172.031** , en mi calidad de **SUPERVISORA** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **SHEIBER CUENCA GALINDO** 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	Julio	10	\$ 1.833.333,00	
	2°. Pago	Agosto	30	\$ 5.500.000,00	
	3°. Pago	Septiembre	30	\$ 5.500.000,00	
	4°. Pago	Octubre	30	\$ 5.500.000,00	
	5°. Pago	Noviembre	30	\$ 5.500.000,00	
	6°. Pago	Diciembre	30	\$ 5.500.001,00	
	7°. Pago				
	8°. Pago				
	9°. Pago				
	10°. Pago				
	11°. Pago				
	12°. Pago				
	Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)				\$ 58.788.667,00
	Saldo				\$ 0,00
OBSERVACIONES					