

	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
Periodo de reporte del informe	Del		30	Diciembre	2024
			DÍA	MES	AA
			1	Diciembre	2024
		al	30	Diciembre	2024

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-5039-2023				
Nombres y apellidos contratista / Razón Social	LUZ ADRIANA RODRIGUEZ MEDINA		C.C. o NIT	52.533.611	
Dirección	CRA 5 N.16-13 OF.501		Ciudad	BOGOTA	
Celular	320 8141008	Dirección de correo electrónico	luz.rodriguez@defensoria.edu.co		
Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	0 11875064	Banco	AV VILLAS

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

Acta de inicio	Si ☐	N/A ☒	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				1	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.						

Plazo de ejecución	MESES	y	DÍAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
	13		0		31	Diciembre	2024

Valor total del contrato	\$ 67.509.000,00	Valor honorarios mensuales	\$ 5.473.000,00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	BOGOTÁ		
--------------------	--------	--	--

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	91523-119623	Registro Presupuestal	9123023
--	--------------	-----------------------	---------

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 ☒	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A ☐		29	Noviembre	2023		1	Diciembre	2023

Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.	Número de póliza	14-44-101199139
--------------------------	-------------------------	------------------	-----------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 6.750.900,00
		29	Noviembre	2023		10	Mayo	2025	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 13.501.800,00
		29	Noviembre	2023		10	Enero	2027	
	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		
Prórroga No. 2 hasta	DÍA	MES	AA		
Prórroga No. 3 hasta	DÍA	MES	AA		
Reducción de valor			Si ☐	N/A ☐	

Adiciones		Si ☐	N/A ☐
Valor adición No. 1	Valor total incluida adición		
\$ 1.680.000,00	\$ 69.189.000,00		
Valor adición No. 2	Valor total incluida adición		
Valor adición No. 3	Valor total incluida adición		
Valor reducción	Valor total con reducción		
	\$ 69.189.000,00		

		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 **LUZ ADRIANA RODRIGUEZ MEDINA** con número de C.C. o NIT **52.533.611** 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	\$ 273.650,00
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 350.300,00
ARL - Aporte Obligatorio: 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 **LUZ ADRIANA RODRIGUEZ MEDINA** 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	Diciembre	30	\$ 5.193.000,00	
	2°. Pago	Enero	30	\$ 5.193.000,00	
	3°. Pago	Febrero	30	\$ 5.193.000,00	
	4°. Pago	Marzo	30	\$ 5.193.000,00	
	5°. Pago	Abril	30	\$ 5.193.000,00	
	6°. Pago	Mayo	30	\$ 5.193.000,00	
	7°. Pago	Junio	30	\$ 5.193.000,00	
	8°. Pago	Julio	30	\$ 5.473.000,00	
	9°. Pago	Agosto	30	\$ 5.473.000,00	
	10°. Pago	Septiembre	30	\$ 5.473.000,00	
	11°. Pago	Octubre	30	\$ 5.473.000,00	
	12°. Pago	Noviembre	30	\$ 5.473.000,00	
	13°. Pago	Diciembre	30	\$ 5.473.000,00	
	14°. Pago				
	15°. Pago				
	16°. Pago				
	17°. Pago				
	18°. Pago				
	19°. Pago				
	Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)				\$ 69.189.000,00
	Saldo				\$ 0,00
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 de los honorarios del mes de Julio del 2024 corresponden a la adición firmada el 02 de Julio del 2024 por el defensor.					