

	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			
			28	Marzo	2025			
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Marzo	2025		31	Marzo	2025

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-1649-2024
--------------------	-----------------

Nombres y apellidos contratista / Razón Social	OMAIRA LUZ HENRIQUEZ MORALES	C.C. o NIT	1,064,985,290
--	------------------------------	------------	---------------

Dirección	CALLE 2D 14A-11	Ciudad	CERETE
-----------	-----------------	--------	--------

Celular	304 3971794	Dirección de correo electrónico	Oenriquez@defensoria.edu.co
---------	-------------	---------------------------------	-----------------------------

Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	24049954317	Banco	CAJA SOCIAL
-----------------	------------	-----	-------------	-------	-------------

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

Acta de inicio	Si ☐ N/A ☒	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
			1	Julio	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
	6	0		31	Marzo	2025

Valor total del contrato	\$ 32,838,000.00	Valor honorarios mensuales	\$ 5,473,000.00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	MONTERIA CORDOBA
--------------------	------------------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	26424	Registro Presupuestal	2515024
--	-------	-----------------------	---------

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTION
---------------------	-------------	------------------------------------	---

Nombre del supervisor o interventor	RODRIGO ALBERTO BUELVAS LOPEZ	C.C. o NIT	10,910,277
-------------------------------------	-------------------------------	------------	------------

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

Garantía Única	Si ☒ N/A ☐	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
			26	Junio	2024		30	Junio	2024

Nombre de la aseguradora	Compañía Mundial de Seguros S.A.	Número de póliza	CMT-100005491
--------------------------	----------------------------------	------------------	---------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 3,283,800.00
		26	Junio	2024		30	Abril	2025	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 6,567,600.00
		26	Junio	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				
							\$ 16,419,000.00		\$ 49,257,000.00				
Prórroga No. 2 hasta													
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 ☐		31		Diciembre		2024	

EJECUCIÓN CONTRACTUAL											
Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales											
Yo OMAIRA LUZ HENRIQUEZ MORALES con número de C.C. o NIT 1,064,985,290 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								Marzo			
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 RODRIGO ALBERTO BUELVAS LOPEZ con número de C.C. o NIT 10,910,277 , en mi calidad de									
SUPERVISOR del contrato en mención, CERTIFICO que el/la contratista OMAIRA LUZ ENRIQUEZ MORALES									
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	30	\$ 5,473,000.00
	2°. Pago	Agosto	30	\$ 5,473,000.00
	3°. Pago	Septiembre	30	\$ 5,473,000.00
	4°. Pago	Octubre	30	\$ 5,473,000.00
	5°. Pago	Noviembre	30	\$ 5,473,000.00
	6°. Pago	Diciembre	30	\$ 5,473,000.00
	7°. Pago	Enero	30	\$ 5,473,000.00
	8°. Pago	Febrero	30	\$ 5,473,000.00
	9°. Pago	Marzo	30	\$ 5,473,000.00
	Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)			
Saldo				\$ 0.00
OBSERVACIONES				

[illegible][illegible]

Número de contrato	CD-DP-1649-2024
--------------------	-----------------

Obligaciones contractuales y actividades realizadas

1		
Información a diligenciar por el contratista		
No.	Obligaciones contractuales	Actividades realizadas

2	
Información a diligenciar por el supervisor / interventor	
No.	Observaciones

OBSERVACIONES

FIRMAS

El CONTRATISTA



DÍA	MES	AA
31	Marzo	2025

El SUPERVISOR / INTERVENTOR



DÍA	MES	AA
31	Marzo	2025