| | | | |
|---|---|---|---|
| **INFORME MENSUAL** | **X** | **INFORME FINAL** | |

| **INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA PRINCIPAL** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME** | | | | | | | 27 | 03 | 25 | |
| **PERIODO DE REPORTE DEL INFORME** | Del 1 de marzo de 2025 hasta 30 de marzo de 2025 | | | | | | | | | |
| **TIPO DE CONTRATO** | Prestación de Servicios Profesionales | | | | | | | | | |
| **No. CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA** | CD-DP-4390-2023 | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | ANA ROCÍO NIÑO PÉREZ | | | | | | | | | |
| **C.C. o N.I.T.** | 51894887 | | | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA** | Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial y extrajudicial de los usuarios de servicio de defensoría pública; y la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos | | | | | | | | | |
| **ACTA DE INICIO** | **SI** | x | **N/A** | | **FECHA SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO** | | | | | |
| **FECHA DE INICIO** | 01 | 12 | 2022 | FECHA DE TERMINACIÓN | | | 31 | 5 | 2025 | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 96.554.000 | | | **FORMA DE PAGO** | | | CUOTAS | | | |
| **CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.** | 91523 | | | **REGISTRO PRESUPUESTAL No.** | | | 9144123 | | | |
| **Supervisión o Interventor** | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR o INTERVENTOR** | **RAFAEL JIMÉNEZ** | | | | | | | | | |
| **CARGO** | **Profesional administrativo y de gestión G** | | | | | | | | | |

| **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES** | |
|---|---|
| **Pago de seguridad social y riesgos laborales** | |
| Pago aporte al sistema de salud Aporte Obligatorio. | $ 273.700 |
| Pago aporte al sistema de pensiones Aporte Obligatorio. | $ 350.300 |
| Pago aporte de ARL obligatorio. | $ 11.500 |
| **Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)** | |
| CERTIFICO que he cumplido con la política del Subsistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST). | **N/A** |

| **Subsistema de Gestión Ambiental (SGA)** | |
|---|---|
| CERTIFICO que he cumplido con la política del Subsistema de Gestión Ambiental (SGA) de la DEFENSORÍA, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SGA). | **N/A** |

| **Obligaciones del Contratista** | |
|---|---|
| **Obligaciones** | **Descripción de actividades realizadas para el cumplimiento de las obligaciones, logros y obstáculos** |
| OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N° 1 | SE REALIZARON LAS ASESORÍAS Y SE ASISTIERON A AUDIENCIAS SE REALIZO SEGUIMIENTO A PROCESOS. |
| OBLIGACIÓN CONTRACTUAL N° 2 | TOTAL, PROCESOS 55 |

| **OBSERVACIONES** |
|---|
| |

**N/A:** No aplica.

ANA ROCÍO NIÑO PÉREZ

| | Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera | Código: FI-P02-F07 |
|---|---|---|
| Defensoría del Pueblo | **DECLARACIÓN JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL** | Versión: 02 |
| | | Vigente desde: 29/02/2016 |

Ciudad: **BOGOTÁ D.C., MARZO** de 2025.

**ANA ROCÍO NIÑO PÉREZ**, C.C. No. **51894887** de **BOGOTÁ D.C.**, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP- 4930** año **2023** de la Regional **BOGOTÁ**, 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, informo que el valor pagado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A.R.L., corresponden al mes de **MARZO** del año **2025** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

| | |
|---|---|
| **Referencia planilla** | **84967392** |
| **Valor Pagado Salud** | **+ 273.700,00** |
| **Valor Pagado Pensión** | **+ 350.300,00** |
| **Valor Pagado A.R.L.** | **+ 11.500,00** |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | **= 635.500** |
| **Es Pensionado** | **Si** ☐ **No** ☒ |

**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 2021**. (Artículos 119 y 387 E.T.) | **Si** ☒ **No** ☐ |
| Tiene dependientes (Art. 387 E.T.) | **Si** ☒ **No** ☐ |
| Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2021**. (Art. 387 E.T.) | **Si.** ☒ **No** ☐ |

**Declarante de Renta:** **Si** ☒ **No** ☐

El Contrato de prestación de servicios, suscrito con la Defensoría del Pueblo, se detalla a continuación:

| Número del contrato | Valor total del Contrato | Valor para pagar en el mes incluido IVA | Fecha de iniciación | Fecha de terminación | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| CD-DP-4390-2023 | $ 96.554.000 | $ 5.473.00 | 1/12/23 | 31/5/25 | |

En constancia de lo anterior, se firma a los 27 días del mes de MARZO de 2025.

Nombre: **ANA ROCÍO NIÑO PÉREZ**
No. C.C. 51.894.887 de Bogotá D.C.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 51894887 | ANA ROCIO NIÑO PEREZ | Calle 19 #4-56 apto 507 | 3107546920 | arnino@defensoria.edu.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 13/03/2025 | 84967392 | $635.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 273.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 273.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 350.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 350.300 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 11.500 | | | | 11.500 | 0 | 0 | 11.500 | | | 115 | 11.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 273.700 | 273.700 |
| Pensión | 1 | 350.300 | 350.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.500 | 11.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 635.500 | 635.500 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 51894887 | ANA ROCIO NIÑO PEREZ | | Calle 19 #4-56 apto 507 | 3107546920 | arnino@defensoria.edu.co |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 13/03/2025 | 84967392 | $635.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 51894887 | NIÑO PEREZ ANA ROCIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.189.200 | 350.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.189.200 | 273.700 | 14-11 | 2.189.200 | 1 | 11.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información