



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	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Marzo	2025		31	Marzo	2025

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-1795-2024		
Nombres y apellidos contratista / Razón Social	EDWIN ANDRES MOJICA ROJAS	C.C. o NIT	1.121.827.425
Dirección	Calle 12 sur 19 - 53 Doña Luz	Ciudad	VILLAVICENCIO
Celular	314 2982661	Dirección de correo electrónico	edwmojica@defensoria.edu.co
Cuenta bancaria	De Ahorros No. 3142982661	Banco	BANCOLOMBIA
Tipo de contrato	Prestación de Servicios Profesionales		

Acta de inicio	Si <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				1	Agosto	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
	8	0		31	Marzo	2025

Valor total del contrato	\$ 30.066.000,00	Valor honorarios mensuales	\$ 5.011.000,00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	VILLAVICENCIO
--------------------	---------------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	26424	Registro Presupuestal	1020223
--	-------	-----------------------	---------

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

Nombre del supervisor o interventor	LUZ VIANEY CRUZ MORA	C.C. o NIT	40.377.836
-------------------------------------	----------------------	------------	------------

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

Garantía Única	Si <input checked="" type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
				1	Agosto	2024		7	Agosto	2024

Nombre de la aseguradora	Compañía Mundial de Seguros S.A.	Número de póliza	EV-100043229
--------------------------	----------------------------------	------------------	--------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
Cumplimiento	Desde	1	Junio	2024	Hasta	30	Abril	2025	\$ 3.066.600,00
Calidad del servicio	Desde	1	Junio	2024	Hasta	31	Diciembre	2026	\$ 6.013.200,00
Cumplimiento	Desde	1	Junio	2024	Hasta	31	Julio	2025	\$ 4.509.900,00

Calidad del servicio	Desde	1	Junio	2024	Hasta	31	Marzo	2027	\$ 9.019.800,00
		DÍA	MES	AA		DÍA	MES	AA	
	Desde				Hasta				

Modificaciones contractuales						
Prórrogas			Si <input checked="" type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Adiciones	
Prórroga No. 1 hasta	DÍA	MES	AA	Valor adición No. 1	Valor total incluida adición	
	31	Marzo	2025	\$ 15.033.000,00	\$ 45.099.000,00	
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 <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Valor reducción	Valor total con reducción

Suspensiones	Si <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Desde			Reinicio		
			DÍA	MES	AA	DÍA	MES	AA
Nueva fecha de terminación	Si <input checked="" type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AA			
			31	Marzo	2025			

EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales

Yo **Edwin Andres Mojica Rojas** con número de C.C. o NIT **1.121.827.425** 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	\$ 237.800,00
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 304.400,00
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%	\$ 10.000,00
Total de aportes pagados	\$ 552.200,00

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 <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción - AFC? (Art 126-4 E.T.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
¿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 <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha contratado 2 o más trabajadores vinculados o asociados a la actividad? (Parágrafo 2o. Artículo 383 E.T.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene dependientes? (Art. 387 E.T.)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Efectuó pagos a Medicina Prepagada durante el año inmediatamente anterior a este informe? (Art. 387 E.T.)	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Declarante de Renta?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Obligaciones contractuales y actividades realizadas

Diligenciar Anexo No. 1

Autorización de pago por parte del Supervisor / Interventor

Yo **LUZ VIANEY CRUZ MORA** con número de C.C. o NIT **40.377.836**, en mi calidad de **SUPERVISOR** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **Edwin Andres Mojica Rojas** 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	Agosto	24	\$ 4.008.800,00
	2°. Pago	Septiembre	30	\$ 5.011.000,00
	3°. Pago	Octubre	30	\$ 5.011.000,00
	4°. Pago	Noviembre	30	\$ 5.011.000,00
	5°. Pago	Diciembre	30	\$ 5.011.000,00
	6°. Pago	Enero	30	\$ 5.011.000,00
	7°. Pago	Febrero	28	\$ 5.011.000,00
	8°. Pago	Marzo	31	\$ 5.011.000,00
	9°. Pago			
	10°. Pago			
	11°. Pago			
	12°. Pago			
	13°. Pago			
	14°. Pago			
	15°. Pago			
Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)				\$ 39.085.800,00
Saldo				\$ 6.013.200,00

OBSERVACIONES

SE PRORROGO EL CONTRATO HASTA EL 31 DE MARZO DE 2025.-