



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	2023			
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Diciembre	2023		30	Diciembre	2023

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-1706 -2023		
Nombres y apellidos contratista /Razón Social	Anghy Tatiana Prada Gómez	C.C. o NIT	52.304.569
Dirección	calle 137 No 88 - 76	Ciudad	Bogotá
Celular	310 2485684	Dirección de correo electrónico	apradag@defensoria.edu.co
Cuenta bancaria	De Ahorros No.	588-366976-59	Banco Banco Bancolombia
Tipo de contrato	Prestación de Servicios		

Acta de inicio	Si <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				6	Octubre	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	DIAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
	2	25		31	Diciembre	2023

Valor total del contrato	\$ 15.579.000,00	Valor honorarios mensuales	\$ 5.193.000,00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	Defensoría del Pueblo Regional Bogotá		
--------------------	---------------------------------------	--	--

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	175123	Registro Presupuestal	6892123
--------------------------------------------	--------	-----------------------	---------

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.edu.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
				2	Octubre	2023		6	Octubre	2023

Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.	Número de póliza	21-44-101426403
--------------------------	-------------------------	------------------	-----------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 1.557.900,00
		2	Octubre	2023		30	Abril	2024	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 3.115.800,00
		2	Octubre	2023		31	Diciembre	2025	

	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 <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Adiciones	
			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>		
Prórroga No. 1 hasta	DÍA	MES	AA	Valor adición No. 1	Valor total incluida adición	
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 type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	DÍA	MES	AA			

EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales

Yo **ANGHY TATIANA PRADA GOMEZ** con número de C.C. o NIT **52.304.569** 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	\$ 259.700,00
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 332.400,00
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%	\$ 10.900,00
Total de aportes pagados	\$ 603.000,00

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 type="checkbox"/>	No <input checked="" 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 type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

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 **ANGHY TATIANA PRADA GOMEZ** 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	Octubre	25	\$ 4.327.500,00
	2°. Pago	Noviembre	30	\$ 5.193.000,00
	3°. Pago	Diciembre	30	\$ 5.193.000,00
	4°. Pago			
	5°. Pago			
	6°. Pago			
	7°. Pago			
	8°. Pago			
	9°. Pago			
	10°. Pago			
	11°. Pago			
	12°. Pago			
	Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)			
Saldo				\$ 865.500,00

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.