| Defensoría del Pueblo COLOMBIA | **Proceso: Gestión Contractual** | **Código: CO-P02-F68** |
|---|---|---|
| | | **Versión: 2** |
| | **INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **Vigente desde:<br>31/01/2023** |

| Tipo de Informe | Mensual | Fecha de elaboración del informe | DÍA: 1 | MES: Agosto | AA: 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo de reporte del informe | Del DÍA: 1 MES: Julio AA: 2025 | al | DÍA: 30 | MES: Julio | AA: 2025 |

## INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

| Número de contrato | **CD-DP-2045-2025** | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista | **JORGE JARAMILLO GARCIA** | C.C. | 1.094.919.519 |
| Dirección | PARQUE CENTANARIO CASA 23, QUIMBAYA | Ciudad | Armenia |
| Celular | 301 6897456 | Dirección de correo electrónico | jorjaramillo@defensoria.gov.co |
| Cuenta bancaria | De Ahorros | No 136970023554 | Banco DAVIVIENDA |
| Tipo de contrato | Prestación de Servicios Profesionales | | Prestación de Servicios Profesionales |

| Acta de inicio | Si ☑ | N/A ☐ | Fecha de inicio de actividades | DÍA: 1 | MES: Junio | AA: 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|

**Objeto del contrato**

Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial, extrajudicial y las demás que disponga la ley en favor de los usuarios del servicio de defensoría pública; así como la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos.

| Plazo de ejecución | MESES: 6 | y DÍAS: 0 | Fecha de terminación | DÍA: 30 | MES: Noviembre | AA: 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor total del contrato | **$ 32.838.000,00** | | Valor honorarios mensuales | **$ 5.473.000,00** | | |
| Lugar de ejecución | Armenia Quindio | | | | | |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 48425 | | Registro Presupuestal | | | |

| Tipo de seguimiento | Supervisión | Cargo del supervisor o interventor | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN |
|---|---|---|---|
| Nombre del supervisor o interventor | **AIDA MILENA BOTERO DIAZ** | C.C. o NIT | 24.582.576 |
| Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor | aibotero@defensoria.gov.co | | |

| **Garantía Única** | Si ☑ / N/A ☐ | Fecha de expedición | DÍA: 28 | MES: Mayo | AA: 2025 | Fecha de aprobación | DÍA: 30 | MES: Mayo | AA: 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la aseguradora | Compañía Mundial de Seguros S.A. | Número de póliza | CCA-100027295 |
|---|---|---|---|

| Amparos | Vigencia | DÍA | MES | AA | | DÍA | MES | AA | Valor amparo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento | Desde | 1 | Junio | 2025 | Hasta | 31 | Marzo | 2026 | $ 3.283.800,00 |
| Calidad del servicio | Desde | 1 | Junio | 2025 | Hasta | 30 | Noviembre | 2027 | $ 6.567.600,00 |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |
| | Desde | | | | Hasta | | | | |

| 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 | | | |
| | | | | | | | | |
| 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 ☐ | 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 ☑ | | | |

## EJECUCIÓN CONTRACTUAL

### Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales

Yo **JORGE JARAMILLO GARCIA** con número de C.C. o NIT **1.094.919.519** 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 | Julio |

### 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 **AIDA MILENA BOTERO DIAZ** con número de C.C. o NIT **24.582.576** , en mi calidad de **Supervisor** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **JORGE JARAMILLO GARCIA** 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 | Junio | 30 | $ 5.473.000,00 |
| | 2°. Pago | Julio | 30 | $ 5.473.000,00 |
| | 3°. Pago | | | |
| | 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)** | | | **$ 10.946.000,00** |
| | **Saldo** | | | **$ 21.892.000,00** |

| OBSERVACIONES |
|---|
| Esta Supervisión no es responsable por la declaración juramentada que hace el Defensor Público en relación con los beneficios tributarios pR la Retención en la Fuente y queda de exclusiva responsabilidad del Contratista. |