INFORME MENSUAL	**X**	**INFORME FINAL**	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA PRINCIPAL										
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME							28	11	25	
PERIODO DE REPORTE DEL INFORME	Del 1 de noviembre de 2025 hasta 30 de noviembre de 2025									
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios Profesionales									
No. CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA	CD-DP-2506-2025									
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	06	2025	FECHA DE TERMINACIÓN			30	11	2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 32.838.000			**FORMA DE PAGO**			CUOTAS			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.	48425			**REGISTRO PRESUPUESTAL No.**			1341925			
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 65

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., NOVIEMBRE** 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- 2506** año **2025** 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 **NOVIEMBRE** del año **2025** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Referencia planilla	**91440680**
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-2506-2025	$ 32.838.000	$ 5.473.00	1/06/25	30/11/25	

En constancia de lo anterior, se firma a los 28 días del mes de NOVIEMBRE 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	
2025-11	2025-11	I	12/11/2025	91440680	$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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	12/11/2025	91440680	$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	Estornudo	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