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

Tipo de Informe	Mensual	Fecha de elaboración del informe	DÍA	MES	AA	24	Abril	2023
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Abril	2023		30	Abril	2023

### INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	<b>CD-DP-624-2022</b>		
Nombres y apellidos contratista /Razón Social	<b>BENJAMIN ALFREDO BARRIOS LEAL</b>	C.C. o NIT	<b>7,463,340</b>
Dirección	<b>CRA 6B# 75A-26</b>	Ciudad	
Celular	<b>321 5334322</b>	Dirección de correo electrónico	<a href="mailto:bbarrios@defensoria.edu.co">bbarrios@defensoria.edu.co</a>
Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	<b>24095151058</b>
	Banco	<b>CAJA SOCIAL DE AHORRO</b>	
Tipo de contrato	<b>Prestación de Servicios Profesionales</b>		

Acta de inicio	Si <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA	1	Enero	2023
----------------	-----------------------------	---	--------------------------------	-----	-----	----	---	-------	------

**Objeto del contrato**

Prestacion de servicios profesionales de abogado para la representacion judicial y extrajudicial de los usuarios del servicio de Defensoria Pública, ley 975 de 2005; y la promoción, defensa, ejercicio y divulgacion de los Derechos Humanos

Plazo de ejecución	MESES	DIAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA	5	29	31	Mayo	2023
--------------------	-------	------	----------------------	-----	-----	----	---	----	----	------	------

Valor total del contrato	<b>\$ 59,992,620.00</b>	Valor honorarios mensuales	<b>\$ 5,539,000.00</b>
--------------------------	-------------------------	----------------------------	------------------------

Lugar de ejecución	<b>CIRCUITO BARRANQUILLA</b>
--------------------	------------------------------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	<b>SIIF132422</b>	Registro Presupuestal	<b>SIIF132422</b>
--	-------------------	-----------------------	-------------------

Tipo de seguimiento	<b>Supervisión</b>	Cargo del supervisor o interventor	<b>PROF.ADTIVO Y DE GESTION GRADO 19</b>
---------------------	--------------------	------------------------------------	--

Nombre del supervisor o interventor	<b>YENIS JUDITH MUÑOZ BROCHERO</b>	C.C. o NIT	<b>32,657,572</b>
-------------------------------------	------------------------------------	------------	-------------------

Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor	<a href="mailto:yemunoz@defensoria.gov.co">yemunoz@defensoria.gov.co</a>
--	--

Garantía Única	Si <input type="checkbox"/>	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A <input checked="" type="checkbox"/>		28	Diciembre	2022		20	Febrero	2023

Nombre de la aseguradora	<b>Seguros del Estado S.A.</b>	Número de póliza	<b>85-46-101028768</b>
--------------------------	--------------------------------	------------------	------------------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	Desde	20	Enero	2022	Hasta	31	Mayo	2025	\$ 17,473,327.00
	Desde	20	Enero	2022	Hasta	30	Septiembre	2025	\$ 8,736,663.00
	Desde				Hasta				
	Desde				Hasta				
	Desde				Hasta				

Modificaciones contractuales						
<b>Prórrogas</b>			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	<b>Adiciones</b>	
			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>		
Prórroga No. 1 hasta	DÍA	MES	AA	Valor adición No. 1	Valor total incluida adición	
	31	Mayo	2023	\$ 1,430,940.00	\$ 61,423,560.00	
Prórroga No. 2 hasta	DÍA	MES	AA	Valor adición No. 2	Valor total incluida adición	
				\$ 26,892,540.00	\$ 88,316,100.00	
Prórroga No. 3 hasta	DÍA	MES	AA	Valor adición No. 3	Valor total incluida adición	
				\$ 481,476.00	\$ 88,797,576.00	
<b>Reducción de valor</b>			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Valor reducción	Valor total con reducción

	Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Desde			Reinicio		
			DÍA	MES	AA	DÍA	MES	AA
<b>Suspensiones</b>								

Nueva fecha de terminación	Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AA

### EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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

Yo **BENJAMIN ALFREDO BARRIOS LEAL** con número de C.C. o NIT **7,463,340** 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 **Abril**

#### Valores pagados

Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 277,000.00
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%	\$ 11,800.00
<b>Total de aportes pagados</b>	<b>\$ 288,600.00</b>

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 **YENIS JUDITH MUÑOZ BROCHERO** con número de C.C. o NIT **32,657,572**, en mi calidad de **Supervisor** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **BENJAMIN ALFREDO BARRIOS LEAL** 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	Enero	30	\$ 5,378,508.00
	2° Pago	Febrero	28	\$ 5,378,508.00
	3° Pago	Marzo	30	\$ 5,410,606.00
	4° Pago	Abril	30	\$ 5,539,000.00
	5° Pago			
	6° Pago			
	7° Pago			
	8° Pago			
	9° Pago			
	10° Pago			
	11° Pago			
	12° Pago			
	<b>Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)</b>			
<b>Saldo</b>				<b>\$ 67,090,954.00</b>

**OBSERVACIONES**

--



Número de contrato	<b>CD-DP-624-2022</b>
--------------------	-----------------------

**Obligaciones contractuales y actividades realizadas**

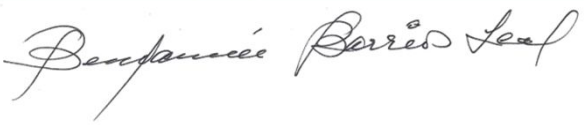
1		
Información a diligenciar por el contratista		
No.	Obligaciones contractuales	Actividades realizadas

2	
Información a diligenciar por el supervisor / interventor	
No.	Observaciones

**OBSERVACIONES**

**FIRMAS**

**EL CONTRATISTA**



DÍA	MES	AA
25	abril	2023

**EL SUPERVISOR / INTERVENTOR**



DÍA	MES	AA
26	Abril	2023