



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		23	Mayo	2025
			DÍA	MES	AA
			8	Mayo	2025
		al	23	Mayo	2025

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-1433-2025				
Nombres y apellidos contratista /Razón Social	LUIS ALBERTO DELUQUE SEMPRUM		C.C. o NIT	17,866,391	
Dirección	CALLE 11A N° 16-161		Ciudad	RIOHACHA	
Celular	300 3036895	Dirección de correo electrónico	ldeluque@defensoria.edu.co		
Cuenta bancaria	Corriente	No.	526-384777-14	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
				8	MAYO	2025

Objeto del contrato

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGADO PARA LA REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE LA DEFENSORIA PUBLICA; Y LA PROMOCION, DEFENSA, EJERCICIO Y DIVULGACION DE LOS DERECHOS HUMANOS

Plazo de ejecución	MESES	5	y	DIAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
						30	Septiembre	2025

Valor total del contrato	\$ 30,066,000.00	Valor honorarios mensuales	\$ 5,011,000.00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	RIOHACHA
--------------------	----------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	48425 del 21-	Registro Presupuestal	1106525
--	---------------	-----------------------	---------

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	SUPERVISOR
---------------------	-------------	------------------------------------	------------

Nombre del supervisor o interventor	ILFREDD CARRILLO	C.C. o NIT	84,033,162
-------------------------------------	------------------	------------	------------

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

Garantía Única	Si <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A <input type="checkbox"/>		1	Mayo	2025		5	MAYO	2025

Nombre de la aseguradora	Compañía Mundial de Seguros S.A.	Número de póliza	BQ 100102005
--------------------------	----------------------------------	------------------	--------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 3,006,600.00
		1	Mayo	2025		30	Enero	2026	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 6,013,200.00
		1	Mayo	2025		31	Septiembre	2027	
	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 type="checkbox"/>	Adiciones			
			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Valor adición No. 1	Valor total incluida adición		
Prórroga No. 1 hasta	DÍA	MES	AA					
Prórroga No. 2 hasta	DÍA	MES	AA					
Prórroga No. 3 hasta	DÍA	MES	AA					
Reducción de valor			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Valor reducción	Valor total con reducción		
			Desde			Reinicio		
			DÍA	MES	AA	DÍA	MES	AA
Suspensiones			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>				
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 **LUIS ALBERTO DELUQUE SEMPRUM** con número de C.C. o NIT **17,866,391** 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

MAYO

Valores pagados

Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 250,550.00
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 0.00
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%	\$ 10,463.00
Total de aportes pagados	\$ 261,013.00

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 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 **ILFREDD CARRILLO** con número de C.C. o NIT **84,033,162**, en mi calidad de **Supervisor** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **LUIS ALBERTO DELUQUE SEMPRUM** 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	Mayo	16	\$ 2,672,533.00
	2° Pago			
	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)			
Saldo				\$ 27,393,467.00

OBSERVACIONES

Número de contrato	CD-DP 1433-2025
--------------------	------------------------

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

EL SUPERVISOR / INTERVENTOR



DÍA	MES	AA
23	Mayo	2025