Anexo No. 2
CARTA DE COMPROMISO DE ACTIVIDADES

LEYSON MANUEL MOSQUERA RAMOS
CARRERA 26A No 1A-10
3136271691

Quibdó, 5 de diciembre 2025

Señores
DEFENSORIA DEL PUEBLO
Ciudad

Estimada, AYANITH PEREZ CAICEDO,

Por medio de la presente, yo, **LEYSON MANUEL MOSQUERA RAMOS** identificado con Cedula de Ciudadanía número 82.363.672, en mi calidad de contratista bajo el contrato número CD-DP- 6122-25, suscrito el día 01-12-2025, me comprometo formalmente a llevar a cabo las actividades estipuladas en el contrato durante el periodo comprendido del 5 del mes de diciembre al 31 del mes de diciembre del 2025.

Este compromiso incluye el desarrollo de las siguientes actividades y entregables:

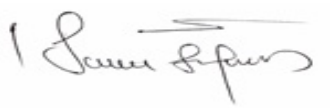
1. Prestar de manera personal, autónoma e ininterrumpida el Servicio de Defensoría Pública.
2. Asistir oportunamente a las audiencias y diligencias a las cuales sea citado en calidad de defensor público teniendo esta prelación sobre las demás que tenga como profesional independiente.
3. Cumplir con los instructivos, lineamientos, manuales y procedimientos establecidos por la DEFENSORÍA, siempre y cuando tenga relación con el objeto, obligaciones y naturaleza del contrato.
4. Enviar y publicar en la plataforma del SECOP II el formulario de Informe de Contratistas (Descargable del Mapa de Procesos de la Entidad) y los documentos requeridos. 6.1.5) Enviar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II
5. Suministrar a los usuarios del Servicio de Defensoría Pública, la asesoría jurídica especializada dejando constancia de ello.
6. Mantener comunicación permanente y directa con los usuarios del Servicio De Defensoría Pública. En los casos en los que el usuario del servicio de defensoría pública se encuentre privado de la libertad
7. Asistir a las barras de defensores públicos y presentar al final de ellas las evaluaciones que establezca el coordinador académico, participar de los programas de capacitación, campañas, brigadas y demás actividades programadas por la DEFENSORÍA.

8. Enviar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato, los cuales deberán liquidarse con base en los honorarios mensuales pactados.
9. Registrar las actuaciones en el Sistema de Información Visión Web (aplica para los programas en que esta implementado, más del 90%).
10. Entregables: Actas de audiencias, formatos establecidos por la defensoría en la prestación del servicio.

De igual manera, me comprometo a cumplir con los plazos y la calidad establecidos en el contrato y atendiendo cualquier solicitud de información adicional o ajuste en los tiempos y metodología de entrega que se consideren necesarios.

Se firma a los 5 días del mes de diciembre del 2025.

Atentamente,



LEYSON MANUEL MOSQUERA RAMOS
Cedula. No. 82.363.672

Visto Bueno



AYANITH PEREZ CAICEDO
Supervisor del contrato CD-DP- 6122 del 2025
Cargo. Profesional Administrativo y de Gestión.

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	**Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera**	Código: FI-P02-F07
	DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL	Versión: 02
		Vigente desde: 29/02/2016

Quibdó, 5 de diciembre de 2025

Yo, LEYSON MANUEL MOSQUERA RAMOS C.C. No. 82.363.672 de Tadó, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP-2522 año 2025 de la Regional Chocó, 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:**

Planilla de Pago No.	9495583640
Valor Pagado Salud	$273.700
Valor Pagado Pensión	$350.300
Valor Pagado A.R.L.	$11.500
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$581.900
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:

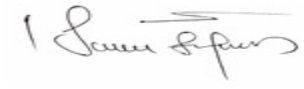
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 201___**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☒ **No** ☐ .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2025**. (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 a pagar en el mes incluido IVA	Fecha de iniciación	Fecha de terminación	Observaciones
CD-DP-2522	$30.066.000	$5.011.000	01-06-2025	30-11-2025	

En constancia de lo anterior, se firma a los 5 días del mes de diciembre de 2025



Nombre: LEYSON MANUEL MOSQUERA RAMOS
No. C. C. 82.363.672

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 82363672		MOSQUERA RAMOS LEYSON MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle30 n°8 07	QUIBDO-CHOCO	6719738	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1975094795	9495583640	I	2025/12/17	2025/12/02	BANCOOMEVA S.A.	0	$581,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
1	CC	82363672	MOSQUERA LEYSON	25-14	30	$2,004,400	$320,800	EPS037	30	$2,004,400	$250,600		0	$0	$0	14-11	30	$2,004,400	$10,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 82363672		MOSQUERA RAMOS LEYSON MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle30 n°8 07	QUIBDO-CHOCO	6719738	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1975094795	9495583640	I	2025/12/17	2025/12/02	BANCOOMEVA S.A.	0	$581,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,800	$0	$0	$320,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,800	$0	$0	$320,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,600	$0	$0	$250,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$250,600	$0	$0	$250,600
TOTAL				1	$581,900	$0	$0	$581,900