

	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		Fecha de elaboración del informe	DÍA	MES	AA
			9	Enero	2026
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al
		1	Octubre	2025	30
			Octubre		2025

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-2417-2025				
Nombres y apellidos contratista /Razón Social	BLANCA LUZ ALVARADO MANUEL			C.C. o NIT	40.986.487
Dirección	CRA 4TA#4-33 INTERIOR 15			Ciudad	SAN ANDRES ISLA
Celular	316 3078202	Dirección de correo electrónico		alvarado@defensoria.edu.coAHORRO	
Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	530-17103974	Banco	BANCOLOMBIA
Tipo de contrato	Prestación de Servicios				

Acta de inicio	Si ☐	N/A ☒	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				1	Junio	2025

Objeto del contrato						
Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial y extrajudicial de los usuarios del servicio de defensoría pública; y la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos.						

Plazo de ejecución	MESES	6	y	DÍAS	0	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
							30	Noviembre	2025

Valor total del contrato	\$ 32.838.000,00	Valor honorarios mensuales	\$ 5.473.000,00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	SAN ANDRES		
--------------------	------------	--	--

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	48425	Registro Presupuestal	9174923-294624
--	-------	-----------------------	----------------

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTION GRADO
---------------------	-------------	------------------------------------	---

Nombre del supervisor o interventor	NEDDA ARCELIA REEVES POMARE	C.C. o NIT	40.992.807
-------------------------------------	-----------------------------	------------	------------

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

Garantía Única	Si ☒	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A ☐		3	Junio	2025		4	Junio	2025

Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.	Número de póliza	75-44-101145846
--------------------------	-------------------------	------------------	-----------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 3.283.800,00
		28	Mayo	2025		30	Marzo	2026	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 6.567.600,00
		28	Mayo	2025		30	Noviembre	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 ☐		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 ☒														
										DÍA	MES		AA						
EJECUCIÓN CONTRACTUAL																			
Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales																			
Yo Blanca Luz Alvarado Mauel con número de C.C. o NIT 40.986.487 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												Septiembre							
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 **NEDDA ARCELIA REEVES POMARE** con número de C.C. o NIT **40.992.807**, en mi calidad de **supervisora** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **BLANCA LUZ ALVARADO MANUEL**

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	Agosto	30	\$ 5.473.000,00
	4°. Pago	Septiembre	30	\$ 5.473.000,00
	5°. Pago	Octubre	30	\$ 5.473.000,00
	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				
OBSERVACIONES				