Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso: Gestión Contractual	Código: CO-P02-F68
		Versión: 02
	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: 31	MES: Enero	AA: 2026
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA: 1	MES: Enero	AA: 2026	al DÍA: 31 MES: Enero AA: 2026

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-7472-2025		
Nombres y apellidos contratista /Razón Social	LISETH CAROLINA CHILLON PUENTES	C.C. o NIT	52.315.306
Dirección	CALLE 54 A No 14-53 apto 201	Ciudad	BOGOTÁ
Celular	300 8424004	Dirección de correo electrónico	lichillon@defensoria.edu.co
Cuenta bancaria	De Ahorros	No. 1900193952	Banco DAVIVIENDA
Tipo de contrato	Prestación de Servicios Profesionales		
Acta de inicio	Si ☐ N/A ☐	Fecha de inicio de actividades	DÍA: 1 MES: Octubre AA: 2025

Objeto del contrato

Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial, extrajudicial y las demás que disponga la ley en favor de los usuarios del servicio de defensoría pública; así como la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos.

Plazo de ejecución	MESES: 8 y DÍAS:	Fecha de terminación	DÍA: 31	MES: Julio	AA: 2026
Valor total del contrato	$ 40.088.000,00	Valor honorarios mensuales	$ 5.011.000,00		
Lugar de ejecución	BOGOTÁ				

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	139325	Registro Presupuestal	4159225

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTION
Nombre del supervisor o interventor	MARÍA DE LOS ÁNGELES POLO GÓMEZ	C.C. o NIT	1.032.394.539
Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor	mapolo@defensoria.gov.co		

Garantía Única	Si ☑ N/A ☐	Fecha de expedición	DÍA: 26	MES: Noviembre	AA: 2025	Fecha de aprobación	DÍA: 1	MES: Diciembre	AA: 2025

Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.	Número de póliza	21-46-101124076

Amparos	Vigencia									Valor amparo
		DÍA	MES	AA		DÍA	MES	AA		
Cumplimiento	Desde	1	Diciembre	2025	Hasta	30	Noviembre	2026		$ 4.008.800,00
Calidad del servicio	Desde	1	Diciembre	2025	Hasta	31	Julio	2028		$ 8.017.600,00
Cumplimiento	Desde				Hasta					
Calidad del servicio	Desde				Hasta					
Cumplimiento	Desde				Hasta					
Calidad del servicio										

Modificaciones contractuales

Prórrogas	Si ☐	N ☑
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 ☐	N ☑

Adiciones	Si ☐	N/A ☑
Valor adición No. 1	Valor total incluida adición	
Valor adición No. 2	Valor total incluida adición	
Valor adición No. 3	Valor total incluida adición	
Valor reducción	Valor total con reducción	

		Desde (DÍA / MES / AA)	Reinicio (DÍA / MES / AA)
Suspensiones	Si ☐ N/A ☑		

		DÍA	MES	AA
Nueva fecha de terminación	Si ☐ N/A ☑			

EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales

Yo **LISETH CAROLINA CHILLON PUENTES** con número de C.C. o NIT **52.315.306** 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	**Enero**

Valores pagados

Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales	**$ 250.600,00**
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	**$ 320.800,00**
ARL - Aporte Obligatrorio: nivel 1 0,522%	**$ 10.500,00**
Total de aportes pagados	**$ 581.900,00**

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 **MARÍA DE LOS ÁNGELES POLO GÓMEZ** con número de C.C. o NIT **1.032.394.539** , en mi calidad de **Supervisor** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **LISETH CAROLINA CHILLON PUENTES** 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	**Diciembre**	**30**	**$ 5.011.000,00**
	2°. Pago	**Enero**	**30**	**$ 5.011.000,00**
	3°. Pago			
	4°. Pago			
	5°. Pago			
	6°. Pago			
	7°. Pago			
	8°. Pago			
	Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)			**$ 10.022.000,00**
	Saldo			**$ 30.066.000,00**

OBSERVACIONES

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-01-26, 04:19:18 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2025
Empresa	LISETH CAROLINA CHILLON PUENTES
CEDULA CIUDADANIA	CC 52315306
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1079076983
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	10274349
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 728.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 320.800	$ 72.300
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 250.600	$ 56.500
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 10.500	$ 2.400
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	$ 12.100	$ 2.800
			SubTotales:	$ 594.000	$ 134.000
			Total a Pagar:		$ 728.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!