

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

|                                |         |                                  |       |       |            |
|--------------------------------|---------|----------------------------------|-------|-------|------------|
| Tipo de Informe                | Mensual | Fecha de elaboración del informe | DÍA   | MES   | AA         |
|                                |         |                                  | 21    | Abril | 2026       |
| Periodo de reporte del informe | Del     | DÍA                              | MES   | AA    | al         |
|                                |         | 1                                | Abril | 2026  | 30         |
|                                |         |                                  |       |       | Abril 2026 |

### INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| Número de contrato | <b>CD-DP-3735-2025</b> |
|--------------------|------------------------|

|                                                |                                       |            |            |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------|------------|
| Nombres y apellidos contratista / Razón Social | <b>JAIME FERNANDO ORTIZ FERNANDEZ</b> | C.C. o NIT | 10.537.691 |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------|------------|

|           |                     |        |         |
|-----------|---------------------|--------|---------|
| Dirección | Carrera 4 Nto. 0-55 | Ciudad | POPAYÁN |
|-----------|---------------------|--------|---------|

|         |             |                                 |                                                                          |
|---------|-------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Celular | 310 4671611 | Dirección de correo electrónico | <a href="mailto:jaortiz@defensoria.edu.co">jaortiz@defensoria.edu.co</a> |
|---------|-------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

|                 |            |     |                 |       |         |
|-----------------|------------|-----|-----------------|-------|---------|
| Cuenta bancaria | De Ahorros | No. | 230-290-10475-1 | Banco | POPULAR |
|-----------------|------------|-----|-----------------|-------|---------|

|                  |                                       |
|------------------|---------------------------------------|
| 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   |
|                |                                                                     |                                | 1   | Septiembre | 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 | DÍAS | Fecha de terminación | DÍA | MES   | AA   |
|                    | 11    |      |                      | 31  | Julio | 2026 |

|                          |                  |                            |                 |
|--------------------------|------------------|----------------------------|-----------------|
| Valor total del contrato | \$ 55.121.000,00 | Valor honorarios mensuales | \$ 5.011.000,00 |
|--------------------------|------------------|----------------------------|-----------------|

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| Lugar de ejecución | Circuito Judicial Popayán |
|--------------------|---------------------------|

|                                            |        |                       |        |
|--------------------------------------------|--------|-----------------------|--------|
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal | 130926 | Registro Presupuestal | 390326 |
|--------------------------------------------|--------|-----------------------|--------|

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

|                                     |                        |            |            |
|-------------------------------------|------------------------|------------|------------|
| Nombre del supervisor o interventor | VLADIMIR MEDINA SEGURA | C.C. o NIT | 10.487.887 |
|-------------------------------------|------------------------|------------|------------|

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

|          |                                                                     |                     |     |        |      |                     |     |        |      |
|----------|---------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|--------|------|---------------------|-----|--------|------|
| Garantía | Si <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> | Fecha de expedición | DÍA | MES    | AA   | Fecha de aprobación | DÍA | MES    | AA   |
| Única    |                                                                     |                     | 28  | Agosto | 2025 |                     | 30  | Agosto | 2025 |

|                          |                                  |                  |               |
|--------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|
| Nombre de la aseguradora | Compañía Mundial de Seguros S.A. | Número de póliza | CCS-100043614 |
|--------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|

| Amparos              | Vigencia |     |        |      |       |     |           |      | Valor amparo     |
|----------------------|----------|-----|--------|------|-------|-----|-----------|------|------------------|
| Cumplimiento         | Desde    | DÍA | MES    | AA   | Hasta | DÍA | MES       | AA   | \$ 5.512.100,00  |
|                      |          | 28  | Agosto | 2025 |       | 30  | Noviembre | 2026 |                  |
| Calidad del servicio | Desde    | DÍA | MES    | AA   | Hasta | DÍA | MES       | AA   | \$ 11.024.200,00 |
|                      |          | 28  | Agosto | 2025 |       | 31  | Julio     | 2028 |                  |
|                      | 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"/> |                                        |  |
| 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 <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 <b>JAIME FERNANDO ORTIZ FERNANDEZ</b> con número de C.C. o NIT <b>10.537.691</b> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |     |                             |     |                              |          |                     |                 |                              |                             | \$ 250.600,00                          |                              |                                        |  |
| Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |     |                             |     |                              |          |                     |                 |                              |                             | \$ 320.800,00                          |                              |                                        |  |
| ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |                             |     |                              |          |                     |                 |                              |                             | \$ 10.500,00                           |                              |                                        |  |
| <b>Total de aportes pagados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |     |                             |     |                              |          |                     |                 |                              |                             | <b>\$ 581.900,00</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 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 <b>VLADIMIR MEDINA SEGURA</b> con número de C.C. o NIT <b>10.487.887</b> , en mi calidad de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |     |                             |     |                              |          |                     |                 |                              |                             |                                        |                              |                                        |  |
| <b>SUPERVISOR</b> del contrato en mención, <b>CERTIFICO</b> que el/la contratista <b>JAIME FERNANDO ORTIZ FERNANDEZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |     |                             |     |                              |          |                     |                 |                              |                             |                                        |                              |                                        |  |
| 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                                                   | Septiembre | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 2°. Pago                                                   | Octubre    | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 3°. Pago                                                   | Noviembre  | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 4°. Pago                                                   | Diciembre  | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 5°. Pago                                                   | Enero      | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 6°. Pago                                                   | Febrero    | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 7°. Pago                                                   | Marzo      | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 8°. Pago                                                   | Abril      | 30            | \$ 5.011.000,00 |                  |
|                           | 9°. Pago                                                   | Mayo       |               |                 |                  |
|                           | 10°. Pago                                                  | Junio      |               |                 |                  |
|                           | 11°. Pago                                                  | Julio      |               |                 |                  |
|                           | Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe) |            |               |                 | \$ 40.088.000,00 |
|                           | Saldo                                                      |            |               |                 | \$ 15.033.000,00 |

| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El contratista presentó el informe de gestión en la fecha y hora programada, las audiencias se están realizando de manera virtual y presencial por los Despachos Judiciales - A partir del 01 de febrero de 2026 se asume la Supervisión del Contrato (SUPERVISOR ANTERIOR: DR JULIO HERNAN TOBAR) |



Proceso: Gestión Contractual

ANEXO No. 1 del Formulario Código: CO-P02-F68  
INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Número de contrato

CD-DP-3735-2025

Obligaciones contractuales y actividades realizadas

1

Información a diligenciar por el  
contratista

| No. | Obligaciones contractuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Actividades realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Prestar de manera personal, autónoma e interrumpida el servicio de defensoría pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | se cumplió con los turnos asignados para la atención de usuarios en el respectivo Circuito Judicial de Popayán                                                                                                                                                                                          |
| 2   | Representar judicial o extrajudicialmente, según sea el caso, a los usuarios del servicio de defensoría, que reciba en turnos de prestación de servicio o por asignación, reasignación, disposición del Defensor Pueblo, Director Nacional de Defensoría Pública, Defensor Regional o Supervisor, ante los despachos judiciales o autoridades administrativas de conformidad con la normatividad vigente aplicable a cada caso en particular y de acuerdo con el programa para el cual me encuentro vinculada como Defensora Pública. Así mismo participar y hacer pública la promoción, defensa, ejercicio de derechos humanos. | En el mes anterior venia con 66 procesos en el programa SPOA, asumí cuatro (04), se finalizaron seis (06) casos y se sustituyeron uno (01) caso, quedando con una carga procesal de sesenta y seis (63) procesos.                                                                                       |
| 3   | Asistir oportunamente a las audiencias y diligencias a las cuales sea citado en calidad de defensor público teniendo estas, prelación sobre las demás que tenga como profesional independiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | En el mes de Abril 2026, me citaron a catorce (14) audiencias programadas en el sistema SPOA, de las cuales se realizaron 9 y 5 fueron aplazadas por el Juez, Fiscal, Usuario y Defensa Pública (Los soportes de las constancias se encuentran en el informe de gestión mensual del mes de Abril 2026). |
| 4   | Mantener comunicación permanente y directa con los usuarios de la defensoría pública, en los casos en que los usuarios se encuentren privados de la libertad, el contratista deberá realizar las visitas al menos una vez al mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cuento con 02 PPL, en este mes asumí cero (0) y sustitui cero (0) quedando con 02 PPL a quienes se les envió comunicaciones, informándoles el estado de su proceso.                                                                                                                                     |

2

Información a diligenciar por el supervisor /  
interventor

| No. | Observaciones                                                                                                                                        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | El Contratista cumplió con los turnos asignados para el servicio de Defensoría Pública                                                               |
| 2   | El Defensor recibió los casos por visión web y actualizó la información en citado sistema de información Institucional.                              |
| 3   | Se verifico esta información en el formato control de audiencias y en las constancias de aplazamientos, que reposan en el informe físico y en drive. |
| 4   | Se verifica con las constancias de visita y las comunicaciones, que reposan en el informe físico y en drive                                          |

