

	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		30	Abril	2026
			DÍA	MES	AA
			1	Abril	2026
		al	30	Abril	2026

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-4378-2025				
Nombres y apellidos contratista /Razón Social	YULDANA RUIZ PEREZ			C.C. o NIT	1.036.630.168
Dirección	CRA 42 N. 3 SUR 81, TORRE 1 PISO 15			Ciudad	MEDELLÍN
Celular	321 7135486	Dirección de correo electrónico		yuldanaruiz1@gmail.com	
Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	37749798735	Banco	BANCOLOMBIA
Tipo de contrato	Prestación de Servicios Profesionales				

Acta de inicio	Si ☒	N/A ☐	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA
				1	Octubre	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	10	y	DÍAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
						31	Julio	2026

Valor total del contrato	\$ 54.730.000,00	Valor honorarios mensuales	\$ 5.473.000,00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	DEFENSORIA DEL PUEBLO REGIONAL ANTIOQUIA
--------------------	--

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	130926	Registro Presupuestal	312526
--	--------	-----------------------	--------

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	profesional administrativo y de gestión
---------------------	-------------	------------------------------------	---

Nombre del supervisor o interventor	CLARA VICTORIA MARTINEZ	C.C. o NIT	43.869.594
-------------------------------------	-------------------------	------------	------------

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

Garantía Única	Si ☒	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A ☐		22	Septiembre	2025		22	Septiembre	2025

Nombre de la aseguradora	Compañía Mundial de Seguros S.A.	Número de póliza	CBO-100026855
--------------------------	----------------------------------	------------------	---------------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 5.473.000,00
		1	Octubre	2025		30	Noviembre	2026	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 10.946.000,00
		1	Octubre	2025		31	Julio	2028	

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 YULDANA RUIZ PÉREZ con número de C.C. o NIT 1.036.630.168 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										\$ 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 **CLARA VICTORIA MARTINEZ** con número de C.C. o NIT **43.869.594**, en mi calidad de **SUPERVISOR** del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **YULDANA RUIZ PEREZ**

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	Octubre	30	\$ 5.473.000,00
	2. Pago	Noviembre	30	\$ 5.473.000,00
	3. Pago	Diciembre	30	\$ 5.473.000,00
	4. Pago	Enero	30	\$ 5.473.000,00
	5. Pago	Febrero	30	\$ 5.473.000,00
	6. Pago	Marzo	30	\$ 5.473.000,00
	7. Pago	Abril	30	\$ 5.473.000,00
VACION	Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)			\$ 38.311.000,00
	Saldo			\$ 16.419.000,00



Proceso: Gestión Contractual

ANEXO NO. 1 del Formulario Código: CO-P02-F00

INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Número de contrato

CD-DP-4378-2025

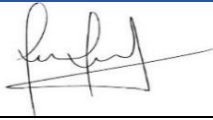
Obligaciones contractuales y actividades realizadas

1			2	
Información a diligenciar por el contratista			Información a diligenciar por el supervisor /	
No.	Obligaciones contractuales		No.	Observaciones
1	Atencion a usuarios recibidos en las	Actividades realizadas	1	atiende a usuarios de manera presencial en las
2	Atencion a los usuarios de forma virtual	se presentan los informes	2	se presentan los informes requeridos por la entidad
3	Asiste a las reuniones con la	evaluo cada caso para encontrar	3	Asiste a las reuniones con la supervisora y
4	Mantengo constante comunicación con	Asiste a las reuniones con la	4	Mantengo constante comunicación con la
5	se proyecta contactar a cada uno de los	Mantengo constante	5	se proyecta contactar a cada uno de los
6	se busca capacitar a los defensores	se proyecta contactar a cada	6	se busca capacitar a los defensores

OBSERVACIONES

CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL /2026,

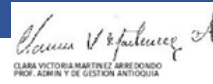
FIRMAS



EL CONTRATISTA

YULDANA RUIZ PEREZ

DÍA	MES	AA
30	ABRIL	2026



CLARA VICTORIA MARTINEZ ARREDONDO
PROF. ADMIN Y DE GESTION ANTIOQUIA

EI SUPERVISOR / INTERVENTOR

CLARA VICTORIA MARTINEZ ARREDONDO

DÍA	MES	AA
30	Abril	2026