	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	27	Mayo	2026
Periodo de reporte del informe	Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
		1	Mayo	2026		30	Mayo	2026

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-5289-2025		
Nombres y apellidos contratista / Razón Social	EVELIO ALFONSO GARCIA PACHECO	C.C. o NIT	72,158,914
Dirección	CALLE 50 # 38-103	Ciudad	BARRANQUILLA
Celular	300 4690636	Dirección de correo electrónico	lacunaa@defensoria.edu.co
Cuenta bancaria	De Ahorros No.	24046554592	Banco CAJA SOCIAL
Tipo de contrato	Prestación de Servicios		

Acta de inicio	Si <input checked="" type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio de actividades	DÍA	MES	AA	1	Octubre	2025
----------------	--	------------------------------	--------------------------------	-----	-----	----	---	---------	------

Objeto del contrato

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGADO PARA LA REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE DEFENSORIA PUBLICA; Y LA PROMOCION,DEFENSA, EJERCICIO Y DIVULGACION DE LOS DERECHOS HUMANBOS

Plazo de ejecución	MESES	10	y	DIAS	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA	31	Julio	2026
--------------------	-------	----	---	------	----------------------	-----	-----	----	----	-------	------

Valor total del contrato	\$ 50,110,000.00	Valor honorarios mensuales	\$ 5,011,000.00
--------------------------	------------------	----------------------------	-----------------

Lugar de ejecución	Circuito Barranquilla
--------------------	-----------------------

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	130926	Registro Presupuestal	177426
--	--------	-----------------------	--------

Tipo de seguimiento	Supervisión	Cargo del supervisor o interventor	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE GESTION GRADO 19
---------------------	-------------	------------------------------------	--

Nombre del supervisor o interventor	LUIS ALBERTO GONZALEZ FANDIÑO	C.C. o NIT	8,746,137
-------------------------------------	-------------------------------	------------	-----------

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

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

Nombre de la aseguradora	Seguros Generales Suramericana S.A.	Número de póliza	4365625
--------------------------	-------------------------------------	------------------	---------

Amparos	Vigencia								Valor amparo
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	Desde	1	Octubre	2025	Hasta	30	Noviembre	2026	\$ 5,011,000.00
	Desde	1	Octubre	2025	Hasta	31	Julio	2028	\$ 10,022,000.00
	Desde				Hasta				
	Desde				Hasta				
	Desde				Hasta				

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"/>				
			DÍA	MES	AA			
Nueva fecha de terminación			Si <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>				

EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales

Yo **EVELIO ALFONSO GARCIA PACHECO** con número de C.C. o NIT **72,158,914** 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:

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	\$ 262,500.00
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales	\$ 336,000.00
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%	\$ 11,000.00
Total de aportes pagados	\$ 609,500.00

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 <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 **LUIS ALBERTO GONZALEZ FANDIÑO** con número de C.C. o NIT **8,746,137**, en mi calidad de Supervisor del contrato en mención, **CERTIFICO** que el/la contratista **EVELIO ALFONSO GARCIA PACHECO** 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	\$ 5,011,000.00
	2°. Pago	Noviembre	30	\$ 5,011,000.00
	3°. Pago	Diciembre	30	\$ 5,011,000.00
	4°. Pago	Enero	30	\$ 5,011,000.00
	5°. Pago	Febrero	30	\$ 5,011,000.00
	6°. Pago	Marzo	30	\$ 5,011,000.00
	7°. Pago	Abril	30	\$ 5,011,000.00
	8°. Pago	Mayo	30	\$ 5,011,000.00
	9°. Pago			
	10°. Pago			
	11°. Pago			
	12°. Pago			
	13°. Pago			
	13°. Pago			
	14°. Pago			
	15°. Pago			
16°. Pago				
Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)				\$ 40,088,000.00
Saldo				\$ 10,022,000.00

OBSERVACIONES

--	--

	<p>Proceso: Gestión Contractual</p>
	<p>ANEXO No. 1 - INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p>

Número de contrato	CD-DP-5289-2025
--------------------	------------------------

Obligaciones contractuales y actividades realizadas

1		
Información a diligenciar por el contratista		
No.	Obligaciones contractuales	Actividades realizadas
1	Prestar de manera personal, autónoma	Personalmente realice las

2	
Información a diligenciar por el supervisor / interventor	
No.	Observaciones
	CUMPLIO

