

	Proceso: Gestión Contractual		Código: CO-P02-F68		
			Versión: 01		
	INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN		Vigente desde: 25/10/2022		

Tipo de Informe		Mensual		Fecha de elaboración del informe			DÍA	MES	AA
							30	Abril	2025

Periodo de reporte del informe		Del	DÍA	MES	AA	al	DÍA	MES	AA
			1	Abril	2025		30	Abril	2025

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Número de contrato	CD-DP-3711-2023		
--------------------	-----------------	--	--

Nombres y apellidos contratista /Razón Social		MARIA BEATRIZ POSADA RENTERIA		C.C. o NIT	32,539,322
--	--	-------------------------------	--	------------	------------

Dirección	Calle 19 4-88			Ciudad	Bogotá
-----------	---------------	--	--	--------	--------

Celular	301 7100039		Dirección de correo electrónico		mposada@defensoria.edu.co
---------	-------------	--	---------------------------------	--	--

Cuenta bancaria	De Ahorros	No.	24101123422	Banco	CAJA SOCIAL
-----------------	------------	-----	-------------	-------	-------------

Tipo de contrato		Prestación de Servicios Profesionales			
------------------	--	---------------------------------------	--	--	--

Acta de inicio	Si ☐	N/A ☒	Fecha de inicio de actividades		DÍA	MES	AA
					2	Diciembre	2023

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	13	y	DIAS	0	Fecha de terminación	DÍA	MES	AA
							31	Diciembre	2024

Valor total del contrato	\$ 61,815,000.00		Valor honorarios mensuales	\$ 5,011,000.00	
--------------------------	------------------	--	----------------------------	-----------------	--

Lugar de ejecución	BOGOTÁ				
--------------------	--------	--	--	--	--

Certificado de Disponibilidad Presupuestal	131223	Registro Presupuestal	9106323
--	--------	-----------------------	---------

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

Nombre del supervisor o interventor		MARIA CAROLINA BUENAHORA		C.C. o NIT	52,647,430
-------------------------------------	--	--------------------------	--	------------	------------

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

Garantía Única	Si ☒	Fecha de expedición	DÍA	MES	AA	Fecha de aprobación	DÍA	MES	AA
	N/A ☐		9	Diciembre	2024		20	Diciembre	2024

Nombre de la aseguradora		Seguros del Estado S.A.			Número de póliza 21-46-101078683	
--------------------------	--	-------------------------	--	--	-------------------------------------	--

Amparos	Vigencia							Valor amparo	
Cumplimiento	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 8,840,600.00
		1	Diciembre	2023		30	Abril	2025	
Calidad del servicio	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	\$ 17,681,200.00
		1	Diciembre	2023		31	Diciembre	2026	
	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				
							\$ 1,536,000.00		\$ 63,351,000.00				
Prórroga No. 2 hasta		DÍA	MES		AA		Valor adición No. 2		Valor total incluida adición				
							\$ 25,055,000.00		\$ 88,406,000.00				
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 ☐							

EJECUCIÓN CONTRACTUAL									
Declaración juramentada de pago de seguridad social y de riesgos laborales									
Yo MARIA BEATRIZ POSADA RENTERIA con número de C.C. o NIT 32,539,322 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								\$ 250,600.00	
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales									
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%								\$ 10,500.00	
Total de aportes pagados								\$ 261,100.00	
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 MARIA CAROLINA BUENAHORA con número de C.C. o NIT 52,647,430 , en mi calidad de									
Supervisor del contrato en mención, CERTIFICO que el/la contratista MARIA BEATRIZ POSADA RENTERIA									
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	29	\$ 4,596,500.00
	2°. Pago	Enero	30	\$ 4,755,000.00
	3°. Pago	Febrero	30	\$ 4,755,000.00
	4°. Pago	Marzo	30	\$ 4,755,000.00
	5°. Pago	Abril	30	\$ 4,755,000.00
	6°. Pago	Mayo	30	\$ 4,755,000.00
	7°. Pago	Junio	30	\$ 4,755,000.00
	8°. Pago	Julio	30	\$ 5,011,000.00
	8°. Pago	Agosto	30	\$ 5,011,000.00
	9°.Pago	Septiembre	30	\$ 5,011,000.00
	10°.Pago	Octubre	30	\$ 5,011,000.00
	11°.Pago	Noviembre	30	\$ 5,011,000.00
	12°.Pago	Diciembre	30	\$ 5,011,000.00
	13°.Pago	Enero	30	\$ 5,011,000.00
	14°.Pago	Febrero	30	\$ 5,011,000.00
	15°.Pago	Marzo	30	\$ 5,011,000.00
	16°.Pago	Abril	30	\$ 5,011,000.00
Total pagado (incluido el periodo a pagar de este informe)				\$ 83,236,500.00
Saldo				\$ 5,169,500.00
OBSERVACIONES				
Mediante la Circular PCSJC20-11 del 31 de marzo de 2020, el Consejo Superior de la Judicatura dio instrucciones sobre las herramientas tecnológicas de apoyo bajo un enfoque de omnicanalidad, utilizando distintas herramientas de interacción a los servidores de la Rama Judicial y en particular lo relacionado con las de envío de mensajes de datos, las audiencias o sesiones virtuales, el almacenamiento de información y el sistema de gestión documental, e igualmente las contenidas en el marco de la Ley 2213 de 2022				

Número de contrato	CD-DP-3711-2023
--------------------	-----------------

Obligaciones contractuales y actividades realizadas

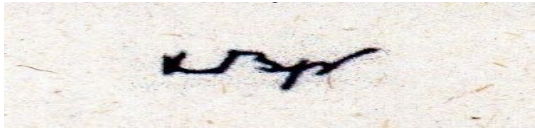
1		
Información a diligenciar por el contratista		
No.	Obligaciones contractuales	Actividades realizadas

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

OBSERVACIONES

FIRMAS

EL CONTRATISTA

		
DÍA	MES	AA
30	Abril	2025

EL SUPERVISOR / INTERVENTOR

		
DÍA	MES	AA
30	Abril	2025

Tipo de seguimiento		Cargo del supervisor o interventor							
Nombre del supervisor o interventor		C.C. o NIT							
Dirección de correo electrónico del supervisor o interventor									
Garantía Única	Si ☐	Fecha de expedición	DÍA MES AA						
	N/A ☐	Fecha de aprobación	DÍA MES AA						
Nombre de la aseguradora		Número de póliza							
Amparos	Vigencia			Valor amparo					
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	Desde	DÍA	MES	AA	Hasta	DÍA	MES	AA	
	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				
Suspensiones		Si ☐	N/A ☐	Desde		Reinicio			
		DÍA	MES	AA	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 _____ con número de C.C. o NIT _____ 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									
Valores pagados									
Sistema de Salud - Aporte obligatorio: 12,5% sobre el 40% de honorarios mensuales									
Sistema de Pensiones - Aporte Obligatorio: 16% sobre el 40% de honorarios mensuales									
ARL - Aporte Obligatorio: nivel 1 0,522%									
Total de aportes pagados						\$ 0,00			

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 _____ con número de C.C. o NIT _____, en mi calidad _____ del contrato en mención, CERTIFICO que el/la contratista _____ 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			
	2°. Pago			
	3°. Pago			
	4°. Pago			
	5°. Pago			
	6°. Pago			
	7°. Pago			
	8°. Pago			
	9°. Pago			
	10°. Pago			
	11°. Pago			
	12°. Pago			
	Total pagado			\$ 0,00
Saldo			\$ 0,00	
OBSERVACIONES				

12

13

14

15

ANEXO No. 1 - INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA PAGOS
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Número de contrato

16

Obligaciones contractuales y actividades realizadas

1

Información a diligenciar por el
contratista

17

No.	Obligaciones contractuales	Actividades realizadas

2

Información a diligenciar por el
supervisor / interventor

18

No.	Observaciones

OBSERVACIONES

19

FIRMAS

EI CONTRATISTA

DÍA	MES	AA

EI SUPERVISOR / INTERVENTOR

DÍA	MES	AA

20

Orientación para el diligenciamiento	
0	Los numerales del 1 al 11 serán diligenciados por el contratista
0	Los numerales del 13 y 14 serán diligenciados por el supervisor o interventor
0	El numeral 17 lo diligencia el contratista
0	El numeral 18 lo diligencia el supervisor o interventor
0	El numeral 20 será diligenciado conjuntamente
FORMULARIO	
1	Número de contrato: Está compuesto por la denominación del tipo de contrato (escoger una opción de la lista desplegable entre CD- , CD-DP- o BID-), el número consecutivo y la vigencia en la cual fue suscrito.
2	Tipo de Informe: Escoger la opción que corresponda de acuerdo al informe que se está elaborando, el cual puede ser mensual, final o parcial.
3	Fecha de elaboración del informe: Corresponde a la fecha en la cual se elabora el informe, la cual deberá ser posterior al cumplimiento de las actividades contratadas a pagar.
4	Periodo de reporte del informe: Corresponde al intervalo o periodo a cobrar, se debe diligenciar la fecha inicial y final que correspondan.
5	Número de contrato: Este espacio se rellena automáticamente al ingresar la información del numeral 1.
6	Información del contratista: Corresponde a la información del contratista necesaria para el trámite de pago, se debe diligenciar en su totalidad.
7	Información general del contrato: Corresponde a la información del contrato, relacionada con el objeto, plazo de ejecución, valor, entre otros, indispensable para que el Formulario pueda realizar los cálculos financieros para pago.
8	Información de seguimiento contractual: Se debe diligenciar según corresponda el tipo de seguimiento al contrato (supervisión o interventoría).
9	Garantía única: Si ha sido pactada en el contrato, se deberá diligenciar toda la información de la garantía, si el contrato cuenta con prórrogas o adiciones, los datos tendrán que ser actualizados.
10	Modificaciones contractuales: Las modificaciones contractuales corresponden a las prórrogas, adiciones, reducciones de valor o suspensiones de los contratos. Si con ocasión de las modificaciones se hace necesario modificar la fecha de terminación, deberá ser actualizada.
11	Declaración juramentada: Corresponde a la información que declara el contratista para cada pago, relacionada con los pagos de seguridad social y riesgos laborales. El contratista debe diligenciar el mes de los pagos, los valores correspondientes y las casillas de verificación, de acuerdo con las con las preguntas formuladas.
12	Obligaciones Contractuales y Actividades Realizadas: En este numeral se informa la necesidad de diligenciar el Anexo No. 1 del Formulario, cuya orientación se da en los numerales del 16 al 20.
13	Autorización de pago por parte del Supervisor / Interventor: Las variables se diligencian automáticamente con datos que ya han sido ingresados en el formulario. Este numeral corresponde a la certificación del supervisor o interventor, relacionada con el cumplimiento de los pagos realizados por el contratista, y la solicitud para que se realice el pago de los honorarios.
14	Relación de pagos y saldo: Contiene la información de pagos o el balance financiero del contrato, al diligenciarlo, va acumulado la información y permite conocer el estado de los pagos realizados y si existe saldo pendiente de pago.
15	Observaciones: Esta fila es un espacio libre para hacer las observaciones de carácter general que el contratista, el supervisor o interventor consideren necesarias, siendo importante poder identificar quién realiza la observación.
ANEXO No. 1	
16	Número de contrato: Este espacio se rellena automáticamente al capturar la información del numeral 1 del Formulario.
17	Información a diligenciar por el contratista: Corresponde a la relación de las obligaciones contractuales y las actividades realizadas por el contratista, es él quien la diligencia, puede ser trabajada libremente, pudiéndose incluir más filas, eliminarlas, cambiarlas de tamaño, entre otros, debiendo respetar las columnas que contiene el Anexo.
18	Información a diligenciar por el supervisor / interventor: Este aparte debe contener las observaciones particulares de cada una de las obligaciones relacionadas por el contratista en el numeral anterior, puede ser trabajada libremente, pudiéndose incluir más filas, eliminarlas, cambiarlas de tamaño, entre otros, debiendo respetar las columnas que contiene el Anexo.
19	Observaciones: Esta fila es un espacio libre para hacer las observaciones que el contratista, el supervisor o interventor consideren necesarias, referidas a la ejecución del contrato, siendo importante poder identificar quién realiza la observación.
20	Firmas: El contratista y el supervisor o interventor, deben firmar el Anexo. La fecha de firma en el espacio del contratista, corresponde a la misma fecha de elaboración del informe, la cual aparece automáticamente. La fecha de firma del supervisor o interventor, se debe ingresar al momento en que diligencien los apartes correspondientes.