DATOS DEL INFORME			
Fecha de presentación:09 de mayo de 2023	Nombre del Contratista: **WILBER JHONDANY JOJOA ANDRADE**		No. Contrato: 256 del 16/01/2023
Periodo del informe: 04	**Desde el** 01/04/2023 **hasta el** 30/04/2023		
Objeto Del Contrato: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN EL PROGRAMA DE VICTIMAS DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO DEPARTAMENTAL EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA POLITICA PUBLICA DE VICTIMAS DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO DE LA GOBERNACION DE PUTUMAYO**			
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA			
Nit ó C.C. número	C. C. o NIT No 1.124.853.988 Expedición 13/03/2008 de Mocoa Putumayo		
Dirección	B/ Centro Villagarzon		
Teléfono	3118535944		
Clase, Tipo y Número de cuenta	**Cuenta de Ahorros** No. 230-691-14408-3		**Banco: BANCO POPULAR**
Fecha de suscripción	16/01/2023		
Fecha de Iniciación	16/01/2023		
Fecha de Terminación	30/04/2023		
Plazo	Tres Meses y 16 días		
Valor Inicial	$ 10.066.466,67		
Prorrogas	Prorroga 1	Prorroga 2	Prorroga 3
Adiciones	Adición 1	Adición 2	Adición 3
	$0,00	$0,00	$0,00
Suspensiones: (fecha)		En días y/o Meses:	
Terminación Anticipada:			
Reanudaciones: (fecha)			
AVANCE DEL CONTRATO	Financiero:		$ 10.066.466,67
	Tiempo de Ejecución:		Tres meses y Dieciséis (16) días
	Porcentaje de Ejecución:		100 %
ESTADO FINANCIERO	Valor inicial:		10.066.466,67
	Adiciones:		$0,00
	Valor Total del contrato:		10.066.466,67
	Valor a pagar		$ 2.849.000,00
	Saldo del contrato		$ 0,00
	Anticipo		$ 0,00
VALOR DEL PAGO SOLICITADO (aplica para responsables IVA)	Factura No		$ 0,00
	Fecha de la factura		-
	Periodo facturado		-
	Valor antes de IVA		$ 0,00

	IVA	$ 0,00
	Valor a pagar	$ 0,00
	Legaliza Anticipo	$ 0,00
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	**Póliza No:** 560-47-994000158904 **expedida el** 16/01/2023	**Aseguradora:** Aseguradora Solidaria de Colombia **Fecha de aprobación:** 16/01/2023
	No. C.D.P: 316	Fecha: 12/01/2023
	No. R.P: 256	Fecha:16/01/2023
	Según ordenanza Departamental No 766-2018 No. Liquidación estampillas: 196589 y 196590.	Fecha: 26/01/2023
	Aportes de Seguridad Social	
	No de Planilla de Salud: **7876317305** **7881078807**	Entidad: **LA NUEVA EPS** Fecha: 09/05/2023 Valor: $ 147,500 Fecha: 09/05/2023 Valor: $ 145,000
	No. de Planilla de Pensión: **7876317305** **7881078807**	Entidad: **COLPENSIONES** Fecha: 09/05/2023 Valor: $ 188,800 Fecha: 09/05/2023 Valor: $ 185,600
	No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **7876317305** **7881078807**	Entidad: **POSITIVA** Fecha: 09/05/2023 Valor: $ 6.300 Fecha: 09/05/2023 Valor: $ 6.100

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	El Supervisor hace constar que las actividades se cumplieron conforme a lo estipulado en el objeto y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexa Comprobantes de pago.	
	Periodo a Pagar:	Desde el 01/04/2023 **hasta el** 30/04 /2023
	Valor a pagar (En letras):	DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS MDA CTE
	Valor a pagar	$ 2.849.000,00
DOCUMENTO SOPORTES	1. Informe mensual de actividades 2. Planillas de pago de Seguridad Social 3. Declaración juramentada	
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME		
Supervisor: **Secretario de Gobierno Departamental** Nombre: **CARLOS GERARDO GONZALEZ ORTGA**		
Cargo o contrato: **SECRETARIO DE GOBIERNO DEPARTAMENTAL**		Firma