	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD	Fecha:	13/9/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$52,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,200,000.00
Número:	188	Fec. Suscripción:	Feb 13 2025	Fecha de iniciación:	Feb 14 2025
N° CDP:	67	Fecha:	Ene 22 2025	Fecha de terminación:	Dic 13 2025
N° RP:	405	Fecha:	Feb 14 2025	Duración:	Meses 10 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA S			Periodo a pagar:	Ago 14 2025 - Sep 13 2025
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales especializados para apoyar la ejecución de las actividades propias del proyecto de inversión fortalecimiento de la gestión de la secretaria de salud departamental de Bolívar.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de CINCUENTA Y DOS MILLONES DE PESOS ($52.000.000) M/CTE; los cuales serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5.200.000) M/CTE), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor.

PARÁGRAFO: El contratista podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje y tiquetes aéreos, para que se traslade fuera de la ciudad en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de los tiquetes aéreos y gastos de viaje, se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable a la Gobernación de Bolívar y factura (cuando aplique).

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**RONI GOMEZ ESCORCIA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9149959	DV.	
Dirección:	URB TERRAZAS DE CUCUMAN								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3217736542	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**50998597410**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	**x**	Persona Jurídica:	Regimen: **N.A.**
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
	He verificado de esta información frente al RUT:		SI: x	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: **X**	NO:	# de folios:		
El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	**SI**	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	**SI**	Fecha:	Sep 13 2025

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: OK

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$400,000.00	Periodo	AGOSTO	Valor pagado	$512,000.00	Periodo	AGOSTO
Comprobante de pago Número:	9490754340			Comprobante de pago Número:	9490754340		
Fecha de pago:	Ago 25 2025			Fecha de pago:	Ago 25 2025		

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$16,800.00	Periodo	AGOSTO	OK
Comprobante de pago Número:	9490754340			
Fecha de pago:	Ago 25 2025			

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: 03064816-48CF-4793-944E-0FEBC4D2AB9E

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS	CODIGO: S-003 Versión: 1.01 Fecha: 19/05/2017

Turbaco, Sep 13 2025

SECRETARIA DE SALUD

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Ago 14 2025 - Sep 13 2025, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	RONI GOMEZ ESCORCIA
Identificación:	9149959

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	188	**Fec. Suscripción:**	Feb 13 2025	**Fecha de iniciación:**	Feb 14 2025
	Duración:		**Meses:** 10	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Dic 13 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales especializados para apoyar la ejecución de las actividades propias del proyecto de inversión fortalecimiento de la gestión de la secretaria de salud departamental de Bolívar.					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1. Apoyar al director Administrativo y Financiero de la secretaria de Salud en los asuntos de su competencia.2. Revisar y/o realizar los diligenciamientos, consolidación y rendición de los reportes enviados a los diferentes entes de control, autoridades competentes y entes fiscalizadores.3. Apoyar en la aplicación de las políticas y ejecución de los procesos que se realicen desde la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.4. Apoyar en el seguimiento a la ejecución de programas y proyectos relacionados con la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.5. Apoyar a la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud en las actividades logísticas que se requieran para el desarrollo de las diferentes sesiones, mesas de trabajo, reuniones que sean de competencia.6. Asesorar en el análisis de los estudios de costos y presupuestos de los procesos que adelante la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.7. Asesorar en los procesos y procedimientos contables y presupuestales que requiera y realice la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.8. apoyar profesionalmente en la Revisión de cuentas y cartera por pagar de la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.9. Asistir a reuniones y/o mesas de trabajos a las que sea convocado por el supervisor del contrato.10. Las demás obligaciones que se derivan de este contrato. 11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.	1. Se realizo la revision de las conciliaciones y ajustes conciliatorios de las cuentas bancarias de la secretraia de salud para el envio del informe de las operaciones reciprocas. 2. Se realizo revision de la ejecucion de ingresos en lo correspondiente a los registros de los ingresos de sgp salud publica y salud oferta con la reciprocidad de los aportes 3. apoye en la realizacion de la respuesta del oficio Referencia: Oficio No. PRIB 1911-2025. Requerimiento de pruebas dentro delexpediente disciplinario IUS-D 2025-4069850. Asunto: Respuesta al oficio No. PRIB- 1911-2025. Requerimiento de pruebas. enviado a la procuraduria general de la nacion 4. apoye en la realixacion de la respuesta y soportes del Referencia: Oficio RAD. 2025EE0094025 de fecha 14-05-2025, asunto: Comunicación de Observaciones. Auditoria de Cumplimiento - Recursos del Fondo Local de Salud, Vigencias 2023 y 2024 del Departamento de Bolívar. Asunto: Respuesta a observaciones en el marco de la Auditoría de Cumplimiento. 5. apoye en la realizacion de la matrix de la proyeccion de los ingresos de la secretaria de salud para la vigencia 2026 6. asisti a la reunion y socializacion de los ajustes realizados a las cuentas bancarias de la secretaria de salud de las vigencias anteriores 7. se realizo Acompañamiento a la entrega y revision de los equipos biomedicos al hospital local de arjona bolivar 8. se realizo Acompañameinto a la entrega de los equipos biomedicos al hospital del peñoñ - bolivar entregados en el salon de paz 9. Se realizo Acompañameinto a la entrega de los equipos biomedicos al hospital de santa catalina - bolivar entregados en el hospital 10. Se realizo Acompañameinto a la entrega de los equipos biomedicos al hospital de Zambrano - bolivar entregados en las oficinas de la Gobernacion de bolivar Anexo: se entrega soporte fotografico de los acompañamiento de las entregas de equipos biomedicos a los diferentes hospitales del departamento de bolivar
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

2D5F02CE-E73A-40AD-AA0C-904D3D1AEC39

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RONI GOMEZ ESCORCIA**

C. C. : **9149959**

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	ACTA DE LEGALIZACIÓN DE PERÍODOS	CODIGO: Safe 001 Versión: 2.01 Fecha: 02/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD

En Turbaco, a los Catorce (14) de Febrero de 2025, se reunieron RONI GOMEZ ESCORCIA, identificado con CC No 9149959, en su calidad de Contratista y LABIB DE JESUS PALIS MUNERA en su calidad de supervisor, con el fin de dar inicio al contrato N° 188 de 2025.

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DEL CONTRATO

Número:	188	Fec. Suscripción:	Feb 13 2025	Fecha de iniciación:	Feb 14 2025
N° CDP:	67	Fecha:	Ene 22 2025	Fecha de terminación:	Dic 13 2025
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción -FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA				
N° RP:	405	Fecha:	Feb 14 2025	Duración: Meses 10	Días 0
Valor Contrato:	Cincuenta y dos millones de pesos mcte($52,000,000.00)				

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales especializados para apoyar la ejecución de las actividades propias del proyecto de inversión fortalecimiento de la gestión de la secretaria de salud departamental de Bolívar.
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	1. Apoyar al director Administrativo y Financiero de la secretaria de Salud en los asuntos de su competencia.2. Revisar y/o realizar los diligenciamientos, consolidación y rendición de los reportes enviados a los diferentes entes de control, autoridades competentes y entes fiscalizadores.3. Apoyar en la aplicación de las políticas y ejecución de los procesos que se realicen desde la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.4. Apoyar en el seguimiento a la ejecución de programas y proyectos relacionados con la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.5. Apoyar a la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud en las actividades logísticas que se requieran para el desarrollo de las diferentes sesiones, mesas de trabajo, reuniones que sean de competencia.6. Asesorar en el análisis de los estudios de costos y presupuestos de los procesos que adelante la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.7. Asesorar en los procesos y procedimientos contables y presupuestales que requiera y realice la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.8. apoyar profesionalmente en la Revisión de cuentas y cartera por pagar de la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental.9. Asistir a reuniones y/o mesas de trabajos a las que sea convocado por el supervisor del contrato.10. Las demás obligaciones que se derivan de este contrato. 11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**RONI GOMEZ ESCORCIA**
Identificación:	**9149959**
Dirección:	URB TERRAZAS DE CUCUMAN
Número de Teléfono:	0 CEL 3217736542
PERFIL DEL CONTRATISTA	UN (01) PROFESIONAL EN CONTADURIA PUBLICA ESPECIALISTA CON EXPERIENCIA PROFESIONAL DE DOS (2) AÑOS.

B3E79BC0-7E1E-47B7-91BC-03F1BBDC3D7E

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

7A4C1879-B5EA-4EE7-A732-CCB21AA48A5F

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO