	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:	13/10/2025

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:	Sep 14 2025 - Oct 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: Oct 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	SEPTIEMBRE	Valor pagado	$512,000.00	Periodo	SEPTIEMBRE
Comprobante de pago Número:		9492399934		Comprobante de pago Número:		9492399934	
Fecha de pago:		Sep 26 2025		Fecha de pago:		Sep 26 2025	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$16,800.00	Periodo	SEPTIEMBRE	
Comprobante de pago Número:		9492399934		
Fecha de pago:		Sep 26 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: 4803ED49-957D-4E0C-AD19-70337FB26FDE

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

FIRMA SUPERVISOR 00A9EB11-D5AC-41C2-8142-77A38E1159DD

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO