	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:	20/3/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$26,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,200,000.00
Número:	1373	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026	Fecha de iniciación:	Ene 21 2026
N° CDP:	9	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Jun 20 2026
N° RP:	1307	Fecha:	Ene 21 2026	Duración:	Meses 5 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA S			Periodo a pagar:	Feb 21 2026 - Mar 20 2026
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 SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTISÉIS MILLONES DE PESOS M/CTE. ($26.000.000); 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 M/CTE ($5.200.000), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura.

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.

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:	0000000			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: Mar 20 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: se presenta la segunda cuenta de cobro

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$400,000.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	$512,000.00	Periodo	FEBRERO
Comprobante de pago Número:		9500453181		Comprobante de pago Número:		9500453181	
Fecha de pago:		Feb 26 2026		Fecha de pago:		Feb 26 2026	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$16,800.00	Periodo	FEBRERO	
Comprobante de pago Número:		9500453181		
Fecha de pago:		Feb 26 2026		

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: A687E800-5A5B-4BB3-9BA1-BAC0599A69AB

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

FIRMA SUPERVISOR 33A49F8C-F95D-4E34-B63F-E5719753F868

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, Mar 20 2026

SECRETARIA DE SALUD

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Feb 21 2026 - Mar 20 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	RONI GOMEZ ESCORCIA
Identificación:	9149959

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	1373	**Fec. Suscripción:**	Ene 20 2026	**Fecha de iniciación:**	Ene 21 2026
	Duración:		**Meses:** 5	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Jun 20 2026
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 SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR.					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1. Elaborar los informes requeridos por los Entes de Control, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud. 2. Revisar los comprobantes de egresos para verificar el pago a la Red Prestadora de los Servicios de Salud Públicas y Privadas. 3. Elaborar las ejecuciones de ingresos y gastos de la Secretaria de Salud de Bolívar. 4. Elaborar los informes contables y conciliaciones bancarias de la Secretaria de Salud de Bolívar. 5. Revisar las conciliaciones y cruce de facturas auditadas y pagadas y los informes solicitados. 6. Brindar apoyo en el proceso de convergencia de las normas de contabilidad e información financiera y de aseguramiento de la información, implementado las Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF y su conjunto. 7. Apoyo en la revisión y elaboración de comprobantes de causación de las cuentas por pagar de contratos de prestación de servicios de la Secretaria de Salud de Bolívar.8.Informe de Estado de Tesorería correspondiente al periodo, de acuerdo a la información de extractos de las cuentas bancarias de la Secretaría.9. Apoyo en el informe anual de Recaudo y Proyección al Ministerio de Salud y Protección Social.10. Proyección Acto administrativo por legalización transferencias al Ministerio de Ciencia y Tecnología.11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.	1. Apoye al director Administrativo y Financiero de la secretaria de Salud en los asuntos de su competencia.2. Revise y/o realizar los diligenciamientos, consolidación y rendición de los reportes enviados a los diferentes entes de control, autoridades competentes y entes fiscalizadores.3. Apoye 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. Apoye en el seguimiento a la ejecución de programas y proyectos relacionados con la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental 5. Revise los recibos de caja vs ejecucion de ingresos CSF y SSF del mes de febrero 2026 6. se revisaron los registros contables y presupuestales de la parametrizacion de ingresos de enero a marzo 2026. 7 realice asesoria y revision de las partidas conciliatorias del 1 triemstre de 2026 8. serealizo la plantilla de la ejecucion de los formatos FT ingresos y Gastos de la vigencia anual 2026. 9 . Asesore en los procesos y procedimientos contables y presupuestales que requiera y realice la dirección Administrativa y financiera de la secretaria de salud departamental .
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

B742CD52-3D95-4264-BC3C-FC1C5AB79B58

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RONI GOMEZ ESCORCIA**

C. C. : **9149959**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9149959		GOMEZ ESCORCIA RONY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB. TERRAZAS DE CUCUMAN MZ 5 LOTE 8	TURBACO-BOLIVAR	6537771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	92171888	9500453181	I	2026/03/13	2026/02/26	NEQUI	0	$928,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Ciudad: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
1	CC 9149959	GOMEZ RONI	230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS010	30	$3,200,000	$400,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,200,000	$16,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9149959		GOMEZ ESCORCIA RONY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB. TERRAZAS DE CUCUMAN MZ 5 LOTE 8	TURBACO-BOLIVAR	6537771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	92171888	9500453181	I	2026/03/13	2026/02/26	NEQUI	0	$928,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$512,000	$0	$0	$512,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$512,000	$0	$0	$512,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$16,800	$0	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$400,000	$0	$0	$400,000
TOTAL				1	$928,800	$0	$0	$928,800

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 Veintiun (21) de Enero de 2026, 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° 1373 de 2026.

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DEL CONTRATO

Número:	1373	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026	Fecha de iniciación:	Ene 21 2026
N° CDP:	9	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Jun 20 2026
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción -FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA				
N° RP:	1307	Fecha:	Ene 21 2026	Duración: Meses 5	Días 0
Valor Contrato:	Veintiseis millones de pesos mcte($26,000,000.00)				

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 SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR.

OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1. Elaborar los informes requeridos por los Entes de Control, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud. 2. Revisar los comprobantes de egresos para verificar el pago a la Red Prestadora de los Servicios de Salud Públicas y Privadas. 3. Elaborar las ejecuciones de ingresos y gastos de la Secretaria de Salud de Bolívar. 4. Elaborar los informes contables y conciliaciones bancarias de la Secretaria de Salud de Bolívar. 5. Revisar las conciliaciones y cruce de facturas auditadas y pagadas y los informes solicitados. 6. Brindar apoyo en el proceso de convergencia de las normas de contabilidad e información financiera y de aseguramiento de la información, implementado las Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF y su conjunto. 7. Apoyo en la revisión y elaboración de comprobantes de causación de las cuentas por pagar de contratos de prestación de servicios de la Secretaria de Salud de Bolívar.8.Informe de Estado de Tesorería correspondiente al periodo, de acuerdo a la información de extractos de las cuentas bancarias de la Secretaría.9. Apoyo en el informe anual de Recaudo y Proyección al Ministerio de Salud y Protección Social.10. Proyección Acto administrativo por legalización transferencias al Ministerio de Ciencia y Tecnología.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:	0000000 CEL 3217736542
PERFIL DEL CONTRATISTA	UN (01) PROFESIONAL EN CONTADURÍA PÚBLICA, ECONOMISTA Y AFINES, MAGISTER Y/O ESPECIALISTA CON EXPERIENCIA LABORAL DE DOS (2) AÑOS.

EF4BFDEF-FD46-4805-9C6D-BDCA4B2B45B5

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

7D7E8B6B-95D8-4A58-BFDB-AD29163DF10C

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO