

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

Dependencia:

SECRETARIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Fecha:

21/4/2026

**ACTO ADMINISTRATIVO****DATOS DEL CONTRATO**

|                     |  |                   |                  |
|---------------------|--|-------------------|------------------|
| Valor Contrato:     | \$20,000,000.00  | Valor a Pagar:    | \$4,000,000.00   |
| Número:             | 873  | Fec. Suscripción: | Ene 17 2026      |
| N° CDP:             | 15   | Fecha:            | Ene 5 2026       |
| N° RP:              | 995  | Fecha:            | Ene 19 2026      |
| Rubro Presupuestal: | Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion |                   | Período a pagar: |
| Requiere Informe:   | SI   | Entregó Informe:  | SI               |
| Suspensión No.:     |  | En tiempo:        |                  |
| Prorroga No.:       |  | En tiempo:        |                  |

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la secretaria de servicios Públicos.

**FORMA DE PAGO:**

El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS (20.000.000) 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 CUATRO MILLONES DE PESOS (4.000.000) 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:                     | <b>HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA</b> |  |                                     |                                     |                          |                                       |                                     |            |
| Identificación:             | Tipo de documento:                     | Cédula   | <input checked="" type="checkbox"/> | Nit.                                |                          | Número:                               | 1045669855                          |            |
| Dirección:                  | .                                      |  |                                     |                                     |                          |                                       |                                     |            |
| Número de Teléfono:         | 0000000                                | FAX:   |                                     | CEL:                                | 3003768604               |                                       |                                     |            |
| Clase y número de cuenta:   | Corriente:                             |  | Ahorros:                            | <input checked="" type="checkbox"/> | Número:                  | 0550488443513905                      | Banco:                              | Davivienda |
| <b>ASPECTOS TRIBUTARIOS</b> | Marque con "X"                         | Persona Natural:                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Persona Jurídica:                   | <input type="checkbox"/> | Regimen: <b>NO RESPONSABLE DE IVA</b> |                                     |            |
|                             |  | Gran Contribuyente:                              | <input type="checkbox"/>            | Autoretenedor:                      | <input type="checkbox"/> |                                       |                                     |            |
|                             |  | He verificado de esta información frente al RUT: |                                     |                                     |                          | SI:                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | NO:        |

**INFORME DEL SUPERVISOR****AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD**

El contratista presentó el informe correspondiente: SI:  NO:  # de folios: \_\_\_\_\_

El informe cumple con lo estipulado en el contrato:  SI Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:  SI Fecha: Abr 21 2026

**Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: -**

**APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

|                             |              |   |            |
|-----------------------------|--------------|---|------------|
| <b>Persona Natural:</b>     |              |   |            |
| <b>Aportes a Salud</b>      |              | <b>Aportes a Pensión</b>  |            |
| Valor pagado                | \$400,000.00 | Periodo   | MARZO      |
| Valor pagado                | \$512,000.00 | Periodo   | MARZO      |
| Comprobante de pago Número: | 60635885     | Comprobante de pago Número:   | 60635885   |
| Fecha de pago:              | Mar 2 2026   | Fecha de pago:  | Mar 2 2026 |
| <b>Aportes a ARL</b>        |              | <b>NOTA:</b>  |            |
| Valor pagado                | \$16,800.00  | Periodo   | MARZO      |
| Valor pagado                | \$512,000.00 | Periodo   | MARZO      |
| Comprobante de pago Número: | 60635885     | Comprobante de pago Número:   | 60635885   |
| Fecha de pago:              | Mar 2 2026   | Fecha de pago:  | Mar 2 2026 |
| <b>Persona Jurídica:</b>    |              | Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> |            |

**SOLICITUD DE PAGO**

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el 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  SICopia de aporte de salud  SICuenta de Cobro  SI

FIRMA CONTRATISTA: 89A15F8E-BC69-42CF-8396-2703A7248E70

NOMBRE CONTRATISTA: HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA

C.C.: 1045669855



FIRMA SUPERVISOR 2924C7A0-13E3-471D-BC08-9972210EA755

NOMBRE SUPERVISOR: JORGE LUIS VALLE RODRIGUEZ

CARGO: SECRETARIA DE SERVICIOS PUBLICOS





GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR

# FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS

**CODIGO: S-003**  
**Versión: 1.01**  
**Fecha: 19/05/2017**

Turbaco, Abr 21 2026

SECRETARIA DE SERVICIOS PUBLICOS

## INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Mar 19 2026 - Abr 18 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

**Nombre:** HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA

**Identificación:** 1045669855

### DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

|                           |                    |                                      |  |
|---------------------------|--------------------|--------------------------------------|--|
| <b>DATOS DE CONTRATO:</b> | <b>Número:</b> 873 | <b>Fec. Suscripción:</b> Ene 17 2026 | <b>Fecha de iniciación:</b> Ene 19 2026  |
|                           | <b>Duración:</b>   | <b>Meses:</b> 5                      | <b>Días:</b> 0                           |
|                           |                    |                                      | <b>Fecha de terminación:</b> Jun 18 2026 |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la secretaria de servicios Públicos.

### OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Absolver consultas, emitir conceptos y aportar elementos de juicio para la toma de decisiones relacionadas con la adopción, la ejecución y el control de los distintos programas y procesos de la secretaria de servicios Públicos.

2. Realizar la revisión de los proyectos de actos administrativos y demás documentos administrativos que se requeridos o remitidos para su estudio por parte del supervisor del contrato.

3. Brindar acompañamiento profesional al supervisor del contrato en las diferentes reuniones, mesas de trabajo, actividades en los municipios o en el marco de los proyectos adelantados por la secretaria.

4. Prestar asesoría jurídica en los asuntos de conocimiento y competencia de la secretaria designados por el supervisor del contrato.

5. Realizar la revisión de los estudios previos, procesos contractuales, pliegos, informes de actividades, liquidaciones, cuentas radicadas ante la secretaria.

6. Proyectar actos administrativos, respuesta a los requerimientos, peticiones, informes de tutelas solicitados por las autoridades judiciales, por particulares o entes de control, con información relacionada con la secretaria.

7. Brindar asesoría, orientación a los usuarios en materia de la protección de los derechos y deberes del consumidor.

8. Asistir a las reuniones, mesas de trabajo convocadas por el supervisor del contrato.

9. las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato.

### ACTIVIDADES EJECUTADAS

En cumplimiento del objeto del Contrato 873, se han desarrollado durante el período comprendido entre Marzo-19-26 a Abril-18-26, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

1. Toma de decisiones relacionadas con la adopción, la ejecución y el control de los distintos programas y procesos de la secretaria de servicios Públicos.
2. Realizar la revisión de los proyectos de actos administrativos y demás documentos administrativos que se requeridos o remitidos para su estudio por parte del supervisor del contrato.
3. Brindar acompañamiento profesional al supervisor del contrato en las diferentes reuniones, mesas de trabajo, actividades en los municipios o en el marco de los proyectos adelantados por la secretaria.
4. Prestar asesoría jurídica en los asuntos de conocimiento y competencia de la secretaria designados por el supervisor del contrato.
5. Realizar la revisión de los estudios previos, procesos contractuales, pliegos, informes de actividades, liquidaciones, cuentas radicadas ante la secretaria.
6. Proyectar actos administrativos, respuesta a los requerimientos, peticiones, informes de tutelas solicitados por las autoridades judiciales, por particulares o entes de control, con información relacionada con la secretaria.
7. Brindar asesoría, orientación a los usuarios en materia de la protección de los derechos y deberes del consumidor.
8. Asistir a las reuniones, mesas de trabajo convocadas por el supervisor del contrato.
9. las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato.

- Se realizó la revisión de los proyectos de Actos Administrativos y demás documentos relacionados que son requeridos o remitidos para su estudio por parte del supervisor del contrato y estamos a la espera de hacer los ajustes que el Supervisor nos indique.

- De acuerdo con nuestro perfil profesional se prestó el servicio de Asesoría jurídica en los asuntos de conocimiento y competencia de la Secretaría designados por el Supervisor.

- Se brindó asesoría y orientación a los usuarios en materia de la protección de los derechos y deberes del consumidor.

**Final de las obligaciones contractuales.**

**Final de las actividades ejecutadas.**

89A15F8E-BC69-42CF-8396-2703A7248E70

FIRMA DEL CONTRATISTA

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA

**C. C. :** 1045669855



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1045669855        | HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA |        | CALLE 31 N 23 79 | 1111111            | sjoseudoro@yahoo.es                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                                 |        | ATLÁNTICO        | SABANALARGA        |                                     |
|                     |                   |                                 |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                 |        |                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 60635885        | 02/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$928.800          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |          |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 400.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 400.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |  |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 512.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 512.000       | 1             |  |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 16.800                 |                  |       |                        | 16.800                | 0         | 0                     | 16.800              |                            |                     | 168               | 16.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 400.000                             | 400.000        |
| Pensión                | 1                              | 512.000                             | 512.000        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 16.800                              | 16.800         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>928.800</b>                      | <b>928.800</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                  |                    |                      |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 1045669855        | HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA |        | CALLE 31 N 23 79 | 1111111            | sjoseeudoro@yahoo.es |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I - Independiente |                                 |        | ATLÁNTICO        | SABANALARGA        |                      |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 60635885        | 02/03/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$928.800          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                 |                                 |  |  |                       |          |            |                 |           |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |       |     |     |                   |            |           |         |         |            |                     |                      |                                |                                 |           |         |         |                        |           |         |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--|-----------------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------------------|------------|-----------|---------|---------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|---------|------------------------|-----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                 |  |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |            |                 |           |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |            |           |         | CCF     |            |                     | PARAFISCALES         |                                |                                 |           |         |         |                        |           |         |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres             |  |  | Cotizante             | Subleigo | Extranjero | Colom. anterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP     | USP | SAJ | ICE | LMA | VAC   | APP | VCT | IRL               | CORRECCIÓN | Cód. AFP  | IBC AFP | Días    | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS | Días    | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |   |
| 1                     | CC 1045669855                   | GONZALEZ MENDOZA HERMES GUSTAVO |  |  | 59                    | 0        |            |                 | N         |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |       |     |     |                   | 230201     | 3.200.000 | 30      | 512.000 | 0          | 0                   | 0                    | 0                              | EPS010                          | 3.200.000 | 30      | 400.000 | 14-23                  | 3.200.000 | 30      | 1    | 16.800          |            | 0          | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 | 0 |

# PAGADA



GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR

**ACTA DE LEGALIZACIÓN DE PERÍODOS**

CODIGO: Safe 001  
Versión: 2.01  
Fecha:  
02/01/2018

**Dependencia:**

**SECRETARIA DE SERVICIOS PUBLICOS**

**En Turbaco, a los Diecinueve (19) de Enero de 2026, se reunieron HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA, identificado con CC No 1045669855, en su calidad de Contratista y JORGE LUIS VALLE RODRIGUEZ en su calidad de supervisor, con el fin de dar inicio al contrato N° 873 de 2026.**

**DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> | Número: <u>873</u> Fec. Suscripción: <u>Ene 17 2026</u> Fecha de iniciación: <u>Ene 19 2026</u> |
|                           | N° CDP: <u>15</u> Fecha: <u>Ene 5 2026</u> Fecha de terminación: <u>Jun 18 2026</u>             |
|                           | Rubro Presupuestal: <u>Servicios Prestados A Las Empresas Y Servicios De Produccion</u>         |
|                           | N° RP: <u>995</u> Fecha: <u>Ene 19 2026</u> Duración: Meses <u>5</u> Días <u>0</u>              |
|                           | Valor Contrato: <u>Veinte millones de pesos mcte(\$20,000,000.00)</u>                           |

**OBJETO DEL CONTRATO:**

Prestación de servicios profesionales para el desarrollo de las actividades propias de la secretaria de servicios Públicos.

**OBLIGACIONES DEL CONTRATO**

1. Absolver consultas, emitir conceptos y aportar elementos de juicio para la toma de decisiones relacionadas con la adopción, la ejecución y el control de los distintos programas y procesos de la secretaria de servicios Públicos. 2. Realizar la revisión de los proyectos de actos administrativos y demás documentos administrativos que se requeridos o remitidos para su estudio por parte del supervisor del contrato.3. Brindar acompañamiento profesional al supervisor del contrato en las diferentes reuniones, mesas de trabajo, actividades en los municipios o en el marco de los proyectos adelantados por la secretaria.4. Prestar asesoría jurídica en los asuntos de conocimiento y competencia de la secretaria designados por el supervisor del contrato.5. Realizar la revisión de los estudios previos, procesos contractuales, pliegos, informes de actividades, liquidaciones, cuentas radicadas ante la secretaria.6. Proyectar actos administrativos, respuesta a los requerimientos, peticiones, informes de tutelas solicitados por las autoridades judiciales, por particulares o entes de control, con información relacionada con la secretaria.7. Brindar asesoría, orientación a los usuarios en materia de la protección de los derechos y deberes del consumidor.08. Asistir a las reuniones, mesas de trabajo convocadas por el supervisor del contrato.9. las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato.

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Nombre:                       | <b>HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA</b>  |
| Identificación:               | <b>1045669855</b>   |
| Dirección:                    | .   |
| Número de Teléfono:           | 0000000 <span style="float: right;">CEL 3003768604</span>                                 |
| <b>PERFIL DEL CONTRATISTA</b> | Un (1) profesional en ciencias jurídicas con experiencia laboral no inferior a un (1) año |

49D46E5A-E44F-42DD-83EF-725AC9F7F25C

ED999355-A418-4C38-8F35-FA643E3260B4

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA: HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA

C.C.: 1045669855



FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: JORGE LUIS VALLE RODRIGUEZ

CARGO: SECRETARIA DE SERVICIOS PUBLICOS





# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

HERMES GUSTAVO MENDOZA MENDOZA identificado con CC. 1045669855 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE       |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| <b>Nombres y/o Razón</b>          | GOBERNACION DE BOLIVAR |
| <b>Tipo y Numero de Documento</b> | NI - 890480059         |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL        |                            |                                   |  |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|
| <b>Fecha de inicio de cobertura</b> | 2026/02/22                 | <b>Fecha inicio contrato</b>      | 2026/01/15   |
| <b>Tipo de vinculación</b>          | Independiente con Contrato | <b>Fecha de fin contrato</b>      | 2026/06/15   |
| <b>Riesgo</b>                       | 1                          | <b>Código actividad económica</b> | 1691001 - Actividades jurídicas, incluye el de representación de los intereses de las partes, sea o no ante tribunales u otros |
| <b>Estado afiliación</b>            | Activa                     | <b>Estado del contrato</b>        | Activa   |
| <b>Fecha retiro</b>                 | -                          |                                   |  |

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21022026H1045669855M10291711**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
 DE TODOS LOS  
 COLOMBIANOS



## CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**15/02/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1045669855**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488443513905**  
Fecha de apertura **07/02/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

### 3. Informe de Actividades

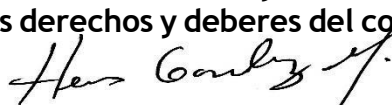
En cumplimiento del objeto del Contrato 873, se han desarrollado durante el período comprendido entre Marzo-19-26 a Abril -18-26, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

1. Toma de decisiones relacionadas con la adopción, la ejecución y el control de los distintos programas y procesos de la secretaria de servicios Públicos.
2. Realizar la revisión de los proyectos de actos administrativos y demás documentos administrativos que se requeridos o remitidos para su estudio por parte del supervisor del contrato.
3. Brindar acompañamiento profesional al supervisor del contrato en las diferentes reuniones, mesas de trabajo, actividades en los municipios o en el marco de los proyectos adelantados por la secretaria.
4. Prestar asesoría jurídica en los asuntos de conocimiento y competencia de la secretaria designados por el supervisor del contrato.
5. Realizar la revisión de los estudios previos, procesos contractuales, pliegos, informes de actividades, liquidaciones, cuentas radicadas ante la secretaria.
6. Proyectar actos administrativos, respuesta a los requerimientos, peticiones, informes de tutelas solicitados por las autoridades judiciales, por particulares o entes de control, con información relacionada con la secretaria.
7. Brindar asesoría, orientación a los usuarios en materia de la protección de los derechos y deberes del consumidor.
8. Asistir a las reuniones, mesas de trabajo convocadas por el supervisor del contrato.
9. las demás actividades que guarden relación con el objeto del contrato.

- **Se realizó la revisión de los proyectos de Actos Administrativos y demás documentos relacionados que son requeridos o remitidos para su estudio por parte del supervisor del contrato y estamos a la espera de hacer los ajustes que el Supervisor nos indique.**

- **De acuerdo con nuestro perfil profesional se prestó el servicio de Asesoría jurídica en los asuntos de conocimiento y competencia de la Secretaría designados por el Supervisor.**

- **Se brindó asesoría y orientación a los usuarios en materia de la protección de los derechos y deberes del consumidor.**



**HERMES GUSTAVO GONZALEZ MENDOZA**

Cedula de Ciudadanía No.1045669855