

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS ESPECÍFICOS

CPS	☐	Número:	163	Fecha de iniciación:	20/02/2026
CONTRATO	☒	Fecha de suscripción:	19/02/2026	Fecha de terminación:	19/08/2026
RESOLUCIÓN	☐	N° CDP:	2026000059	Duración:	Meses 6 días
FACTURA	☐	N° RP:	2026000192	Observación:	
CONVENIO	☐	RUBRO:	2.1.2.02.02.008.003	Periodo a pagar:	20 de Mayo al 19 de Junio 2026
OTROS	☐	Requiere Informe:	SI: ☒ NO: ☐	Suspensión No.:	
		Entregó Informe:	SI: ☒ NO: ☐	Prorroga No.:	
				En tiempo:	
				En tiempo:	

Garantías:	Cumplimiento	☒ Fecha expedición:	19/02/2026	vigencia	20/02/2026 A 19/02/2027	No. Póliza:	61-46-101040292
	Calidad del servicio	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
	Calidad del bien	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
	Salarios y Prestaciones Sociales	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
	Responsabilidad Civil Extracontractual	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
	Responsabilidad Civil Profesional	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
	Responsabilidad Civil Profesional	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
	Otra: Cual:	☐ Fecha expedición		vigencia		No. Póliza:	
No Antica:		☒					

Objeto:	EL CONTRATISTA SE COMPROMETE CON LA E.S.E. HOSPITAL MALVINAS HECTOR OROZCO OROZCO, A REALIZAR A TODO COSTO EL APOYO TÉCNICO DE LA COORDINACIÓN, PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE TODAS LAS ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPALES SEGÚN LO PREVISTO EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE FLORENCIA Y LA E.S.E HOSPITAL MALVINAS HÉCTOR OROZCO OROZCO.
---------	--

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	JONATHAN ARCINIEGAS HERNANDEZ										
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	☒	Nit.	☐	Número:	1.010.171.008 de Bogotá D.C			DV.	
Dirección:	CARRERA 11 12 70 YAPURA SUR										
Número de Teléfono:					FAX:					CEL.	3102976144
Observación:											

ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	☒	Persona Jurídica:	☐
		Gran Contribuyente:	☐	Autoretenedor:	☐
		IVA Régimen Común:	☐	Entidad sin ánimo de lucro	☐
		Actividad IICA- Código CIIU:		Tarifa:	
		He verificado de esta información frente al RUT :	Sí: ☒	No: ☐	

INFORMACIÓN FINANCIERA

VALOR TOTAL DEL CONTRATO			\$ 35.760.000,00
Valor Inicial del contrato:			\$ 35.760.000,00
(*) Adición No.			
VALOR EJECUTADO			\$ 23.840.000,00
Pagos anteriores:			\$ 17.880.000,00
			\$ 5.960.000,00
	(*) valor a pagar este periodo		20 de Mayo al 19 de Junio 2026
Pago 1:	\$ 5.960.000,00	Pago 5:	Pago 9:
Pago 2:	\$ 5.960.000,00	Pago 6:	Pago 10:
Pago 3:	\$ 5.960.000,00	Pago 7:	Pago 11:
Pago 4:	\$ 5.960.000,00	Pago 8:	Pago 12:
SALDO POR EJECUTAR			\$ 11.920.000,00
SUMAS IGUALES			\$ 35.760.000,00
			\$ 35.760.000,00

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: ☒	NO: ☐	# folios:	22
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:	SI: ☒	NO: ☐		
	Se remitió al Grupo de contratación:	SI: ☒	NO: ☐	Fecha:	20 de Mayo al 19 de Junio 2026

APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:												
	Aportes Seguridad Social						Valor a pagar monto del contrato:						
	Mes	FEBRERO	No. planilla	6007756577	Valor	\$ 702.100	Mes		No. planilla		Valor		
	Mes	MARZO	No. planilla	85218251-85773216	Valor	\$ 783.400	Mes		No. planilla		Valor		
	Mes	ABRIL	No. planilla	85218405-85773388	Valor	\$ 657.300	Mes		No. planilla		Valor		
	Mes	MAYO	No. planilla	85645435	Valor	\$ 725.600	Mes		No. planilla		Valor		
	Mes	JUNIO	No. planilla	6024608085	Valor	\$ 773.400	Mes		No. planilla		Valor		
	Mes		No. planilla		Valor		Mes		No. planilla		Valor		
	Total					\$ 2.042.800	Total					\$ 0	

	Persona Jurídica: _____ Anexa Certificación: SI: ☐ NO: ☐				
ESTAMPILLAS	Pro Deportes ☐	No. Recibo:		Pro Ancianato ☐	No. Recibo:
	Pro Cultura ☒	No. Recibo:	2600026138	Gaceta ☐	No. Recibo:
	Pro Desarrollo ☒	No. Recibo:	2600026138	otro ☐	No. Recibo:

SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes y los soportes anexos.
--------------------------	---

		Anexos: Copia SSSS	SI:	☐	NO:	☐	
		Informe	SI:	☐	NO:	☐	
		RP	SI:	☐	NO:	☐	
		Cta de cobro y/o factura	SI:	☐	NO:	☐	
		otros	SI:	☐	NO:	☐	
FIRMA DEL SUPERVISOR							
NOMBRE DEL SUPERVISOR: YIDID LORENA GARZON CALDERON							
C.C.: 30.231.584 de Manizales (Caldas)							
CARGO: SUBGERENTE CIENTIFICA							
						Total folios	23