U.S.I. Unidad de Salud de Ibagué E.S.E.	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA	GC-CON-FT-008
	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	JULIO DEL 2022
	SUBPROCESO CONTRATACIÓN	VERSION 002
	FORMATO ÓRDENES DE PAGO	PAG 1 DE 1

Contrato Nº: 243 Nombre contratista CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 Periodo: AGOSTO /2025

Dependencia: CONTRATACION Pago Nº:

Documentos Básicos	Descripción	Adjunta Si	Adjunta No	Observación
1	Informe de actividades y evidencias			
2	Certificación de supervisor			
3	Pago de aportes de seguridad social (persona natural)			
4	Pago de aportes de seguridad social y Certificado de seguridad social y parafiscales (persona jurídica)			
5	Resolución de pensión o recibo de pago de pensión y/o carta donde manifieste que nunca ha cotizado pensión (para mayores de 55 años)			
6	Factura (persona jurídica u obligado a facturar)			
7	Entrada Almacen (si aplica)			
8	Documento equivalente (persona natural)			
9	Formato de Rentas (personal natural)			
10	Acta de inicio (si es primer pago)			
11	Pólizas aprobadas (si es primer pago)			
12	Estampillas (si es primer pago, para contratos que aplique)			
13	Certificación bancaria (si es primer pago)			
14	Acta de recibo parcial, informe parcial y/o Acta de liquidación o informe final (Contratos de obra)			

FRAS. No. BIOM-2 / BIOM-4

NOTA: La oficina de contratación certifica que una vez revisados los documentos aportados, estos se encuentran conformes a lo estipulado en el contrato.

Revisión Supervisor

Firma

Nombre: JAIME ARIAS CAMPOS

Nº de Documentos Básicos: 24 FOLIOS

Fecha de diligenciamiento: SEPTIEMBRE 3 /25

Revisión Contratación

Firma

Nombre

No. De Documentos Básicos

Fecha de recibido contratación:

OFICINA Y/O APOYO HOSPITALARIO	**CONTRATO Nº 243**	**PERIODO DEL CONTRATO:** **Fecha de Inicio: 02 DE ABRIL DE 2025** **FECHA DE SUSPENSIÓN 16 DE ABRIL DE 2025** **FECHA DE REINICIO 29 DE ABRIL DE 2025** **Fecha de Terminación: 14 DE MAYO DE 2025**
ENTIDAD CONTRATANTE: **UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO U.S.I. E.S.E.**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO**
CONTRATISTA: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 **NIT 901.926.095-2** **REP. DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ** **C.C. 1.110.061.944 de Alvarado**		**PERIODO DEL INFORME: INFORME FINAL**
OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI E.S.E CON EL OBJETIVO DE FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DE LAS IMPLEMETACION DE LA TENCION PRIMARIA EN SALUD		

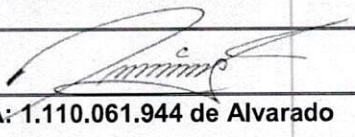
ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA DEL CONTRATO)	**ACTIVIDADES** (DESARROLLADAS EN EL MES-REFERENTE A LA OBLIGACIÓN)	**PRODUCTOS** (CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD DESARROLLADA)
1. Cumplir a cabalidad con las cantidades y especificaciones técnicas de los equipos	Se entregan 888 equipos y se paga multa al contrato transacción del 26 de junio del 2025	Se anexa CD
2. Garantizar que cada equipo biomédico, cuente con una vigencia de venta nacional de repuestos de cinco años	De acuerdo con lo requerido en la obligación 2 se anexa los soportes de vigencia de venta colombiana.	Se anexa CD
3. Entregar todas las fichas, técnicas, catálogos, manualidades en idioma español	Se entregaron las fichas técnicas requeridas por cada equipo con un total 888 unidades de acuerdo con los equipos mencionados en el presente informe.	Se anexa CD

4. Garantizar que el suministro tenga representación en Colombia, se garantice soporte técnico y suministro de repuestos y accesorios esto con el fin garantizar estabilidad de marca	Se anexa la garantía que la marca tiene repuestos y accesorios en Colombia	Se anexa CD
5. Entregar los respectivos certificados de importación y la factura de venta	Se anexan los respectivos certificados y la factura de venta	Se anexa CD
6. Hacer entrega de los equipos en el área de almacén de la unidad de salud de Ibagué USI – ESE	Se anexan las fotografías de entrega al área de almacén	Se anexa CD
7. Cumplir con la entrega en los plazos establecidos en los estudios previos	Se entraron de acuerdo en el contrato transacional	Se anexa CD
8. Aportar las respectivas copias de registros de importación y de registro Invima y certificar la respectiva calibración de los equipos que así lo requieran con trazabilidad ONAC	Se anexan las copias y los registros de importación y certificados de calibración de los equipos requeridos	Se anexa CD

9. Realizar las capacitaciones, asesorías y asistencias técnicas al personal responsable del manejo de los equipos necesarios para su operación de manera inicial y durante la ejecución del contrato y su respectiva garantía si ello lo requiere	Se realizaron las capacitaciones el 16 julio del 2025 en los horarios 7 – 8 am 8 – 9 am 9 -10 am 10 – 11 am 11 – 12 am 12 – 1 pm 1 – 2 pm	Se anexa CD
10. Disponer del personal idóneo para la entrega de los equipos adquiridos para el cabal cumplimiento de las actividades contratadas en el plazo estipulado	Se entrega los equipos con el personal idóneo y se anexan los registros fotográficos	Se anexa CD
11. Garantizar que se proporcionen todos, los materiales y herramientas necesarias para la instalación de los equipos sin ningún costo adicional para la unidad de salud de Ibagué si aplica	Con el fin de que funciones los termómetros y pulsioximetros se realizó la entrega de las baterías necesarias para el funcionamiento de los mismos	Se anexa CD
12. Responder por el cumplimiento de las normas de seguridad industrial en cuanto al traslado, instalación y puesta en funcionamiento de los equipos si aplica	No aplica	No aplica

13. Garantizar la entrega de dotación, requerida en correctas condiciones físicas y de funcionamiento	Se anexa informes técnico biomédico	Se anexa CD
14. Firmar el acta de inicio, de común acuerdo con el supervisor una vez legalizado y perfeccionado el presente acto contractual	Se adjunta el acta de inicio firmada	Se anexa CD
15. Realizar la actualización en tiempo real de la plataforma SECOP II respecto al cargue de los informes con los anexos que soporten el debido cumplimiento de las obligaciones contractuales	https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.7626734&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1ContractsManagement%2fTendering%2fProcurementContractManagement%2fIndex&prevCtxLbl=Contratos+	Se anexa CD
16. constituir y mantener vigente los amparos correspondientes, durante el termino previsto en este contrato o sus prorrogas y adicionar su valor cuando a ello hubiera lugar	Amparos actualizados de la página de secop	Se anexa CD

17. Entregar las garantías de los equipos de las cuales deben ser mínimo de un (1) año y en caso de deterioro de estos a causa de su uso normal, realizar en primera instancia el mantenimiento correctivo, y de manera posterior si así se requiere proceder al cambio de estos en un término no mayor a 30 días calendario	Se adjunta certificado de la garantía requerida por la entidad.	Se anexa CD
18. Durante el tiempo de la garantía realizar dos rutinas de mantenimiento preventivo a los equipos suministrados, para lo cual el proveedor emitirá cronograma de mantenimiento el cual se coordinará con la Unidad de Salud de Ibagué	Se adjunta cronograma de la rutina de mantenimiento.	Se anexa CD
19. Responder por los daños y perjuicios si esto se llegara a ocasionar en la ejecución del objeto contratado a la Unidad de Salud de Ibagué, o a los terceros afectados	Los daños y perjuicios fueron pagados de acuerdo a lo expuesto al contrato transacional	Se anexa CD
20. Atender las observaciones o requerimientos formulados por la Unidad de Salud de Ibagué. ESE, por conducto del supervisor del contrato	Se atendieron todos los requerimientos	Se anexa CD

21. Entregar el manual en español de cada equipo, hojas de vida, guía rápida plastificada y ficha técnica de cada equipo biomédico	Se entregaron todos documentos al supervisor y el mismo a almacén.	Se anexa CD
CONTRATISTA	**NOMBRE Y APELLIDO: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 NIT 901.926.095-2 REP. DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ**	
	FIRMA: 	
	No. CEDULA: 1.110.061.944 de Alvarado	

Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.
Anexo: Soportes de las actividades que se realicen en el mes.

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO	
El supervisor y el apoyo a la supervisión y/o Interventoría dan cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual y las cuales fueron descritas en el informe del CTO 243 de 2025. En el desarrollo del contrato se presentaron anomalías, que dieron como resultado la declaratoria de incumplimiento a las actividades contractuales, finalizando en una concertación o contrato transaccional realizado entre la gerencia de la entidad y el contratista. Todos los documentos se soportaron al área jurídica de la entidad.	
SUPERVISOR:	**FIRMA:** **NOMBRE Y APELLIDO:** **JAIME ARIAS CAMPOS**
SUPERVISIOR:	**FIRMA:** **NOMBRE Y APELLIDO:**

REVISO:	**FIRMA:** **NOMBRE Y APELLIDO:**

Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.
Anexo: Soportes de las actividades que se realicen en el mes.

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
30cb41ff8e91894ccff6e197ef88b9fc76f16713b20ac9b20b7c9f4afb3fb31410919209e985b4f5155f961b31650db0

Número de Factura: BIOM-2
Fecha de Emisión: 14/08/2025
Fecha de Vencimiento: 13/09/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Crédito Bancario
Orden de pedido: CONTRATO N°243
Fecha de orden de pedido: 14/08/2025

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025
Nombre Comercial: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025
Nit del Emisor: 901926095
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4659

País: Colombia
Departamento: Tolima
Municipio / Ciudad: Ibagué
Dirección: CR 14 B SUR 95 12 TO D AP 1306 FORTEZZA I
Teléfono / Móvil: 3234806441
Correo: servitroal@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 809003590
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Tolima
Municipio / Ciudad: Ibagué
Dirección: carrera 8 N 24-01 barrio el carmen
Teléfono / Móvil: 2655534
Correo: contratacion@usiese.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	02	TENSIOMETRO ADULTO	NIU	148,00	$ 328.907,56	$ 0,00	$ 0,00	$ 9.248.880,67	19.00			$ 48.678.319,33
2	03	FONENDOSCOPIO DOS SERVICIOS	NIU	148,00	$ 245.084,03	$ 0,00	$ 0,00	$ 6.891.763,03	19.00			$ 36.272.436,97
3	04	PULSIOXIMETRO DEDO	NIU	148,00	$ 158.865,55	$ 0,00	$ 0,00	$ 4.467.299,16	19.00			$ 23.512.100,84
4	06	CINTA METRICA	NIU	148,00	$ 42.310,92	$ 0,00	$ 0,00	$ 1.189.783,19	19.00			$ 6.262.016,81
5	07	TALLIMETRO	NIU	148,00	$ 218.739,50	$ 0,00	$ 0,00	$ 6.150.954,62	19.00			$ 32.373.445,38

Notas Finales

Linea de negocio:

Recibido= Pomelac.
01/09/25

Datos Totales

Documento generado el:
14/08/2025 09:13:10
Documento validado por la DIAN:
14/08/2025 09:13:10
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		147098319.33
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		147098319.33
IVA		27948680.67
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		27948680.67
Total neto factura (=)		175047000
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 175047000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		147.098.319,33
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		147.098.319,33
IVA		27.948.680,67
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		27.948.680,67
Total neto factura (=)		175.047.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$175.047.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764094090539 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2027-06-06

U.S.I. Unidad de Salud de Ibagué. E.S.E. Nuestros servicios al Alcance de todos.	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA	CODIGO: GC-CON-FT-007
	GESTION DE CONTRATACIÓN	FECHA: NOVIEMBRE 2021
	SUBPROCESO CONTRATACIÓN	Página 1 de 2
	FORMATO DE INFORME CONTRATISTA	VERSION 002

OFICINA Y/O APOYO HOSPITALARIO	**CONTRATO Nº 243**	**PERIODO DEL CONTRATO:** **Fecha de Inicio: 02 DE ABRIL DE 2025** **FECHA DE SUSPENSIÓN 16 DE ABRIL DE 2025** **FECHA DE REINICIO 29 DE ABRIL DE 2025** **Fecha de Terminación: 14 DE MAYO DE 2025**
ENTIDAD CONTRATANTE: **UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO U.S.I. E.S.E.**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO**
CONTRATISTA: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 **NIT 901.926.095-2** **REP. DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ** **C.C. 1.110.061.944 de Alvarado**		**PERIODO DEL INFORME: INFORME FINAL**
OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI E.S.E CON EL OBJETIVO DE FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DE LAS IMPLEMETACION DE LA TENCION PRIMARIA EN SALUD		

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA DEL CONTRATO)	**ACTIVIDADES** (DESARROLLADAS EN EL MES-REFERENTE A LA OBLIGACIÓN)	**PRODUCTOS** (CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD DESARROLLADA)
1. Cumplir a cabalidad con las cantidades y especificaciones técnicas de los equipos	Se entregan 888 equipos y se paga multa al contrato transacción del 26 de junio del 2025	Se anexa CD
2. Garantizar que cada equipo biomédico, cuente con una vigencia de venta nacional de repuestos de cinco años	De acuerdo con lo requerido en la obligación 2 se anexa los soportes de vigencia de venta colombiana.	Se anexa CD
3. Entregar todas las fichas, técnicas, catálogos, manualidades en idioma español	Se entregaron las fichas técnicas requeridas por cada equipo con un total 888 unidades de acuerdo con los equipos mencionados en el presente informe.	Se anexa CD

U.S.I. Unidad de Salud de Ibagué. E.S.E. Nuestros servicios al Alcance de todos.	**UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E. IBAGUE TOLIMA**	CODIGO: GC-CON-FT-007
	GESTION DE CONTRATACIÓN	FECHA: NOVIEMBRE 2021
	SUBPROCESO CONTRATACIÓN	Página 1 de 2
	FORMATO DE INFORME CONTRATISTA	VERSION 002

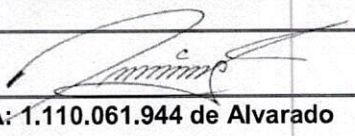
OFICINA Y/O APOYO HOSPITALARIO	**CONTRATO Nº 243**	**PERIODO DEL CONTRATO:** **Fecha de Inicio: 02 DE ABRIL DE 2025** **FECHA DE SUSPENSIÓN 16 DE ABRIL DE 2025** **FECHA DE REINICIO 29 DE ABRIL DE 2025** **Fecha de Terminación: 14 DE MAYO DE 2025**
ENTIDAD CONTRATANTE: **UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO U.S.I. E.S.E.**		**PLAZO DE EJECUCIÓN: 30 DÍAS CALENDARIO**
CONTRATISTA: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 **NIT 901.926.095-2** **REP. DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ** **C.C. 1.110.061.944 de Alvarado**		**PERIODO DEL INFORME: INFORME FINAL**
OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI E.S.E CON EL OBJETIVO DE FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DE LAS IMPLEMETACION DE LA TENCION PRIMARIA EN SALUD		

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA DEL CONTRATO)	**ACTIVIDADES** (DESARROLLADAS EN EL MES-REFERENTE A LA OBLIGACIÓN)	**PRODUCTOS** (CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD DESARROLLADA)
1. Cumplir a cabalidad con las cantidades y especificaciones técnicas de los equipos	Se entregan 888 equipos y se paga multa al contrato transacción del 26 de junio del 2025	Se anexa CD
2. Garantizar que cada equipo biomédico, cuente con una vigencia de venta nacional de repuestos de cinco años	De acuerdo con lo requerido en la obligación 2 se anexa los soportes de vigencia de venta colombiana.	Se anexa CD
3. Entregar todas las fichas, técnicas, catálogos, manualidades en idioma español	Se entregaron las fichas técnicas requeridas por cada equipo con un total 888 unidades de acuerdo con los equipos mencionados en el presente informe.	Se anexa CD

4. Garantizar que el suministro tenga representación en Colombia, se garantice soporte técnico y suministro de repuestos y accesorios esto con el fin garantizar estabilidad de marca	Se anexa la garantía que la marca tiene repuestos y accesorios en Colombia	Se anexa CD
5. Entregar los respectivos certificados de importación y la factura de venta	Se anexan los respectivos certificados y la factura de venta	Se anexa CD
6. Hacer entrega de los equipos en el área de almacén de la unidad de salud de Ibagué USI – ESE	Se anexan las fotografías de entrega al área de almacén	Se anexa CD
7. Cumplir con la entrega en los plazos establecidos en los estudios previos	Se entraron de acuerdo en el contrato transacional	Se anexa CD
8. Aportar las respectivas copias de registros de importación y de registro Invima y certificar la respectiva calibración de los equipos que así lo requieran con trazabilidad ONAC	Se anexan las copias y los registros de importación y certificados de calibración de los equipos requeridos	Se anexa CD

13. Garantizar la entrega de dotación, requerida en correctas condiciones físicas y de funcionamiento	Se anexa informes técnico biomédico	Se anexa CD
14. Firmar el acta de inicio, de común acuerdo con el supervisor una vez legalizado y perfeccionado el presente acto contractual	Se adjunta el acta de inicio firmada	Se anexa CD
15. Realizar la actualización en tiempo real de la plataforma SECOP II respecto al cargue de los informes con los anexos que soporten el debido cumplimiento de las obligaciones contractuales	https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.7626734&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1ContractsManagement%2fTendering%2fProcurementContractManagement%2fIndex&prevCtxLbl=Contratos+	Se anexa CD
16. constituir y mantener vigente los amparos correspondientes, durante el termino previsto en este contrato o sus prorrogas y adicionar su valor cuando a ello hubiera lugar	Amparos actualizados de la página de secop	Se anexa CD

17. Entregar las garantías de los equipos de las cuales deben ser mínimo de un (1) año y en caso de deterioro de estos a causa de su uso normal, realizar en primera instancia el mantenimiento correctivo, y de manera posterior si así se requiere proceder al cambio de estos en un término no mayor a 30 días calendario	Se adjunta certificado de la garantía requerida por la entidad.	Se anexa CD
18. Durante el tiempo de la garantía realizar dos rutinas de mantenimiento preventivo a los equipos suministrados, para lo cual el proveedor emitirá cronograma de mantenimiento el cual se coordinará con la Unidad de Salud de Ibagué	Se adjunta cronograma de la rutina de mantenimiento.	Se anexa CD
19. Responder por los daños y perjuicios si esto se llegara a ocasionar en la ejecución del objeto contratado a la Unidad de Salud de Ibagué, o a los terceros afectados	Los daños y perjuicios fueron pagados de acuerdo a lo expuesto al contrato transacional	Se anexa CD
20. Atender las observaciones o requerimientos formulados por la Unidad de Salud de Ibagué. ESE, por conducto del supervisor del contrato	Se atendieron todos los requerimientos	Se anexa CD

21. Entregar el manual en español de cada equipo, hojas de vida, guía rápida plastificada y ficha técnica de cada equipo biomédico	Se entregaron todos documentos al supervisor y el mismo a almacén.	Se anexa CD
CONTRATISTA	**NOMBRE Y APELLIDO: CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 NIT 901.926.095-2 REP. DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ**	
	FIRMA: 	
	No. CEDULA: 1.110.061.944 de Alvarado	

Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.
Anexo: Soportes de las actividades que se realicen en el mes.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110061944	DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ	FORTEZZA I TD APTO 1306	2782166	servitroal@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	04/06/2025	86944223	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1110061944	TRONCOSO ALVAREZ DIANA CAMILA	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	187.500	14-23	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO	
El supervisor y el apoyo a la supervisión y/o Interventoría dan cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual y las cuales fueron descritas en el informe del CTO 243 de 2025. En el desarrollo del contrato se presentaron anomalías, que dieron como resultado la declaratoria de incumplimiento a las actividades contractuales, finalizando en una concertación o contrato transaccional realizado entre la gerencia de la entidad y el contratista. Todos los documentos se soportaron al área jurídica de la entidad.	
SUPERVISOR:	**FIRMA:** **NOMBRE Y APELLIDO:** **JAIME ARIAS CAMPOS**
SUPERVISIOR:	**FIRMA:** **NOMBRE Y APELLIDO:**

REVISO:	**FIRMA:** **NOMBRE Y APELLIDO:**

Anexo: Copia comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión.
Anexo: Soportes de las actividades que se realicen en el mes.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110061944	DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ	FORTEZZA I TD APTO 1306	2782166	servitroal@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	06/08/2025	88552349	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1110061944	TRONCOSO ALVAREZ DIANA CAMILA	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	187.500	14-23	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110061944	DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ	FORTEZZA I TD APTO 1306	2782166	servitroal@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	03/07/2025	87701621	$464.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	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	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	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	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.100	464.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110061944	DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ	FORTEZZA I TD APTO 1306	2782166	servitroal@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	03/07/2025	87701621	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1110061944	TRONCOSO ALVAREZ DIANA CAMILA	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	187.500	14-23	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110061944	DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ	FORTEZZA I TD APTO 1306	2782166	servitroal@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	28/08/2025	89323407	$464.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	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	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	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	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.100	464.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1110061944	DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ	FORTEZZA I TD APTO 1306	2782166	servitroal@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		TOLIMA	IBAGUÉ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	28/08/2025	89323407	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1110061944	TRONCOSO ALVAREZ DIANA CAMILA	59	0			N																	230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	187.500	14-23	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EL SUSCRITO SUPERVISOR DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO USI ESE

CERTIFICA

Que, de acuerdo con la orden impartida por el contrato de transacción adjunto suscrito y firmado entre la contratista y la gerencia de la Unidad de Salud de Ibague – E.S.E. y el oficio de revisión técnica adjunto realizado por los ingenieros biomédicos de la institución, se procede a recibir los equipos biomédicos que la empresa y/o señor(a) **CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025, NIT. 901.926.095-2, representada legalmente por DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ,** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.110'061.944 de Alvarado, suministro equipos biomédicos, conforme al objeto del contrato 243 de 2025 **"SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE SLAUD DE IBAGUE USI E.S.E CON EL OBJETIVO DE FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DE LA TENCION PRIMARIA EN SALUD"**

Nº Contrato	Contratista	Mes certificado	Valor
243 -2025	**DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ.** C.C. 1.110'061.944 de Alvarado **CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 NIT. 901.926.095-2**	FACT. BIOM-2	$175'047.000,oo

El contratista cumplió los pagos a la seguridad social en el mes de

Abril de 2025, según planilla N° 86221035.
Mayo de 2025, según planilla N° 86944223.
Junio de 2025, según planilla N° 87701621.
Julio de 2025, según planilla N° 88552349.

De acuerdo con la revisión técnica de equipos biomédicos ofertados del 23 de julio de 2025, emitido por los ingenieros biomédicos de la USI-ESE, se reciben los equipos biomédicos revisados a entera satisfacción.

Se expide a los catorce (14) días del mes de agosto de 2025.

JAIME ARIAS CAMPOS
Supervisor

El 2 de julio se continuó con la revisión, completando los 148 fonendoscopios y 148 tensiómetros, además de la verificación de 48 pulsioxímetros.

El 4 de julio se recibió y se instaló una válvula nueva, subsanando el fallo del tensiómetro mencionado. Ese mismo día se completó la revisión de los 148 pulsioxímetros, 148 termómetros infrarrojos y 12 tallímetros.

Finalmente, el **7 de julio** se revisaron los tallímetros restantes, completando un total de 148 unidades.

Resumen total de equipos revisados:

- Cintas métricas: 148
- Fonendoscopios: 148
- Tensiómetros: 148
- Pulsioxímetros: 148
- Termómetros infrarrojos: 148
- Tallímetros: 148

Total, general de equipos revisados: 888

NOMBRE DEL EQUIPO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	OBSERVACIONES OFERTA INICIAL	OBSERVACIONES EQUIPO REVISADO
Tensiómetro adulto	• Tipo portátil. • Cierre tipo velcro. • Libre de mercurio. • Precisión de +/- 3 mmHg o menor. • Manómetro con escala de 0 a 300 mmHg. • Brazalete adulto, pediátrico y neonatal. • Con estuche para guardar. • Con certificado de calibración ONAC.	Tensiómetro: Marca: GMD Modelo: 300 Cumple	Tensiómetro: Marca: GMD Modelo: 300 Cumple
Fonendoscopio dos servicios	• Olivas flexibles fabricadas de silicón, goma o plástico grado médico.	Fonendoscopio: Marca: LITTMANN Modelo: Classic III	Fonendoscopio: Marca: GMD Modelo: OIS100S

NOMBRE DEL EQUIPO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	OBSERVACIONES OFERTA INICIAL	OBSERVACIONES EQUIPO REVISADO
	• Precisión de la frecuencia cardíaca: ± 2 ppm o inferior • Condiciones de operación mínimas: 5 - 40 °C; 15 - 80 % RH • Con certificado de calibración ONAC.		
Termómetro infrarrojo	• Pantalla LCD. • Lectura en °C /°F. • Mide en un rango de 34 °C a 42°C con tolerancia ± 1 • Alimentación: Baterías. • Con una precisión de ±0.5°C o inferior • Distancia de medico de 5 a 12 cm o superior • Apagado automático. • Con certificado de calibración ONAC.	Termómetro infrarrojo: Presentado en la ficha técnica. Cumple	Termómetro infrarrojo: MARCA: UNI-T MODELO: UT30R Presentado en la ficha técnica. Cumple
Cinta métrica	• Cinta enrollable. • Rango de medición de 0 a 205 cm. • División 1mm. • Cumpla con resolución 2465 de 2016	Cinta métrica: Marca: SECA Modelo: 201 y 203 Cumple	Cinta métrica: Marca: SECA Modelo: 201 y 203 Cumple
Tallímetro	• Modelo de base sobre piso.	Tallímetro:	Tallímetro:

- Obligación 18: Cronograma de mantenimientos preventivos.
- Obligación 21: Hojas de vida y guías rápidas de uso.

  Las guías rápidas fueron entregadas de forma digital. Sin embargo, estas deberán ser entregadas de forma física y plastificadas, como lo indica la obligación.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, los equipos biomédicos cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas en el contrato, se encuentran en buen estado, son funcionales y cumplen con la documentación solicitada, exceptuando el termómetro infrarrojo donde la parte documental existen novedades como se mencionó anteriormente.

Toda la información recolectada y referenciada será entregada al supervisor del contrato en un DRIVE.

Atentamente,

Julián Barragán.
Ingeniero biomédico.

Julián Rodríguez.
Ingeniero biomédico.

Nicolás Sánchez.
Ingeniero biomédico.

Daniel Jair Jiménez.
Ingeniero biomédico.

EL SUSCRITO SUPERVISOR DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO USI ESE

CERTIFICA

Que, de acuerdo con la orden impartida por el contrato de transacción adjunto suscrito y firmado entre la contratista y la gerencia de la Unidad de Salud de Ibague – E.S.E. y el oficio de revisión técnica adjunto realizado por los ingenieros biomédicos de la institución, se procede a recibir los equipos biomédicos que la empresa y/o señor(a) **CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025, NIT. 901.926.095-2, representada legalmente por DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ,** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.110'061.944 de Alvarado, suministro equipos biomédicos, conforme al objeto del contrato 243 de 2025 "**SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE SLAUD DE IBAGUE USI E.S.E CON EL OBJETIVO DE FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DE LA TENCION PRIMARIA EN SALUD**"

Nº Contrato	Contratista	Mes certificado	Valor
243 -2025	**DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ.** C.C. 1.110'061.944 de Alvarado **CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025 NIT. 901.926.095-2**	FACT. BIOM-4	$28'963.600,oo

El contratista cumplió los pagos a la seguridad social en el mes de

Abril de 2025, según planilla N° 86221035.
Mayo de 2025, según planilla N° 86944223.
Junio de 2025, según planilla N° 87701621.
Julio de 2025, según planilla N° 88552349.
Agosto de 2025, según planilla N° 89323407

De acuerdo con la revisión técnica de equipos biomédicos ofertados, del 27 de agosto de 2025, emitido por los ingenieros biomédicos de la USI-ESE, se reciben los equipos biomédicos revisados a entera satisfacción.

Se expide a los primero (01) días del mes de septiembre de 2025.

JAIME ARIAS CAMPOS
Supervisor

- Obligación 18: Cronograma de mantenimientos preventivos.
- Obligación 21: Hojas de vida y guías rápidas de uso.

  Las guías rápidas fueron entregadas de forma digital. Sin embargo, estas deberán ser entregadas de forma física y plastificadas, como lo indica la obligación.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, los equipos biomédicos cumplen con las especificaciones técnicas solicitadas en el contrato, se encuentran en buen estado, son funcionales y cumplen con la documentación solicitada, exceptuando el termómetro infrarrojo donde la parte documental existen novedades como se mencionó anteriormente.

Toda la información recolectada y referenciada será entregada al supervisor del contrato en un DRIVE.

Atentamente,

Julián Barragán.
Ingeniero biomédico.

Julián Rodríguez.
Ingeniero biomédico.

Nicolás Sánchez.
Ingeniero biomédico.

Daniel Jair Jiménez.
Ingeniero biomédico.

:ERTIFICADO INVIMA E IMPORTACION TERMOMETRO

mensajes

ERVITROAL S <servitroal@hotmail.com> mié, 27 de ago de 2025 a la hora 4:58 p.n
ara: APOYO HOSPITALARIO USIESE <apoyohospitalario@usiese.gov.co>, biomedicousi@gmail.com <biomedicousi@gmail.com>

Cordial saludo;

Mediante la presente adjunto certificado INVIMA y certificado de importación del termómetro Infrarrojo, para su conocimiento y fines pertinentes.

CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025

Diana Camila Troncoso Alvares

Representante Legal

3 archivos adjuntos

- CERTIFICADO NO REQUIERE 2023074272_INFRARROJO_1.pdf
  84 KB
- DECLARACION UT30R 2-1.pdf
  86 KB
- CERTIFICADO INVIMA E IMPORTACION TERMOMETRO.pdf
  124 KB

ERVITROAL S <servitroal@hotmail.com> mié, 27 de ago de 2025 a la hora 4:58 p.n
ara: APOYO HOSPITALARIO USIESE <apoyohospitalario@usiese.gov.co>, biomedicousi@gmail.com <biomedicousi@gmail.com>

[Texto citado oculto]

- CERTIFICADO NO REQUIERE 2023074272_INFRARROJO_1.pdf
  84 KB

EL SUSCRITO SUPERVISOR DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO USI ESE

CERTIFICA

Que, de acuerdo con la orden impartida por el contrato de transacción adjunto suscrito y firmado entre la contratista y la gerencia de la Unidad de Salud de Ibague – E.S.E. y el oficio de revisión técnica adjunto realizado por los ingenieros biomédicos de la institución, se procede a recibir los equipos biomédicos que la empresa y/o señor(a) **CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025, NIT. 901.926.095-2, representada legalmente por DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ,** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.110'061.944 de Alvarado, suministro equipos biomédicos, conforme al objeto del contrato 243 de 2025 "**SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE SLAUD DE IBAGUE USI E.S.E CON EL OBJETIVO DE FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DE LA TENCION PRIMARIA EN SALUD**"

Nº Contrato	Contratista	Mes certificado	Valor
243 -2025	**DIANA CAMILA TRONCOSO ALVAREZ.** C.C. 1.110'061.944 de Alvarado **CONSORCIO BIOMEDICOS N&C 2025** **NIT. 901.926.095-2**	FACT. BIOM-4	$28'963.600,oo

El contratista cumplió los pagos a la seguridad social en el mes de

Abril de 2025, según planilla N° 86221035.
Mayo de 2025, según planilla N° 86944223.
Junio de 2025, según planilla N° 87701621.
Julio de 2025, según planilla N° 88552349.
Agosto de 2025, según planilla N° 89323407

De acuerdo con la revisión técnica de equipos biomédicos ofertados, del 27 de agosto de 2025, emitido por los ingenieros biomédicos de la USI-ESE, se reciben los equipos biomédicos revisados a entera satisfacción.

Se expide a los primero (01) días del mes de septiembre de 2025.

JAIME ARIAS CAMPOS
Supervisor

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

invima | Te Acompaña

CERTIFICACIÓN No. 2023074272

LA SUSCRITA DIRECTORA TÉCNICO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INVIMA CERTIFICA QUE:

Que hasta la fecha y de conformidad con nuestra Legislación Sanitaria vigente, el producto: TERMOMETRO INFRARROJO DIGITAL PARA MEDIR TEMPERATURA CORPORAL con nombre genérico: TERMOMETRO INFRARROJO DIGITAL:

Está contemplado entre los productos que NO requiere Registro Sanitario por parte de la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías para su fabricación, importación o comercialización en Colombia.

INTERESADO: PROGAL MEDICAL SAS
SOLICITANTE: PROGAL MEDICAL SAS
RADICACIÓN: 2023074272
FECHA RADICACIÓN: 07/17/2023

INDICACIONES Y USOS: Este termómetro infrarrojo es un dispositivo que mide la temperatura de un objeto o superficie sin contacto físico, utilizando la radiación infrarroja emitida por el objeto. Detecta la energía infrarroja y la convierte en una lectura de temperatura en grados Celsius o Fahrenheit.

MARCA: UNI-TREND TECHNOLOGY

PRESENTACIÓN COMERCIAL: **UNIDAD**

COMPONENTES Y COMPOSICIÓN (EXPRESADA CON NOMBRE GENÉRICO Y / O QUÍMICO): INFRARED THERMOMETER UT30R POWER: 2x1.5V, TEMPERATURE RANGE: 0oC-199.9oC.

OBSERVACIONES (Referencias y/o modelos del producto):
MODELOS Y/O REFERENCIAS*, SEGÚN APLIQUE (Ampara Accesorios y Repuestos Exclusivos del Equipo: UT30R, UT300S.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima
Oficina Principal: Cra 10 N° 64 - 28 - Administrativo: Cra 10 N° 64 - 60
(60)(1) 742 2121 - Bogotá

www.invima.gov.co
@Invimacolombia

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

invima | Te Acompaña

CERTIFICACIÓN No. 2023074272

Esta certificación se mantendrá hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social no expida reglamentación pertinente para tal fin o a los conceptos que emita la Sala Especializada de Dispositivos Médicos y Reactivos de Diagnóstico in vitro de la Comisión Revisora del INVIMA.

Se expide en Bogotá D.C., el 11 de septiembre de 2023.
Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

DORIS YOLIMA GOMEZ PARADA
DIRECTOR TÉCNICO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS
Proyectó: Legal: msobrinom, Técnico: ydiazg Revisó: cordina_varios

Signature Not Verified
Firmado digitalmente por DORIS YOLIMA GOMEZ PARADA
Fecha: 2023/10/17 09:20:04 COT
Razón: Invima
Locación: BOGOTA D.C., Colombia

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima
Oficina Principal: Cra 10 N° 64 - 28 - Administrativo: Cra 10 N° 64 - 60
(60)(1) 742 2121 - Bogotá

www.invima.gov.co
@Invimacolombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año 2023

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar esta formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario
482023000774104-0

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
806003255	3	PROGAL MEDICAL S.A.S

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cod. Admón.	16. Cod. Dpto	17. Cod. Ciudad Municipio
BRR MANGA CL 29 20 06 AV 4	6604350	48	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
860028026	3	LA ACOEXAL LTDA ASESORES DE COMERCIO	26	0010

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
37293939	SANCHEZ CALDERON LUIS FABIAN

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación No.	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga No.	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte No.	45. Año - Mes - Día
CTG	14004	116575009452796	2023 - 11 - 05	H0515480	2023 - 10 - 18

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
MR INVESTMENT(HK) LIMITED		

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ c/s.
1732	2023- 10 - 08	351	1	023	0	HAPAG LLOYD COLOMBIA LTDA.	XXXXXXX

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	9018190000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	351	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs. dcms.	72. Peso neto kgs. dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	351	377.57	339.82	PC	153	2	U	12,630.00

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

Do: 13CTGGT10160, No DE PEDIDO / ORDEN COMPRA: NCO-30119409, DECLARACIÓN:1/1 MERCANCIA NUEVA. PRODUCTO: TERMOMETRO INFRARROJO DIGITAL PARA MEDIR TEMPERATURA CORPORAL. MARCA: UNI-T. MODELO: UT30R. COLOR: STANDARD. FABRICANTE: UNI-TREND TECHNOLOGY (CHINA) CO., LTD. INFRARED THERMOMETER UT30R POWER: 2x1.5V, CODIGO DE BARRAS EN EL EMPAQUE: 6935760523143, TEMPERATURE RANGE: 0oC-199.9oC, MEASURING DISTANCE: 5cm-10cm, RESPONSE TIME: MAS O MENOS 500ms, CADA UNO INCLUYE DOS BATERIAS (PILAS) MARCA: VINNIC, REF: SUM4 EXTRA HEAVY DUTY, 0% LEAD MERCURY AND CADMIUM 1.5V AAA SIZE SUM4 R03 PRODUCT OF CHUNG PARK. AÑO DE FABRICACIÓN: 2022. PAIS DE ORIGEN: CHINA. MERCANCÍA NUEVA. Ser (continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 482023000774104 133. Fecha: 2023 11 14

134. Levante No. 482023000529621	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
	2023 - 11 - 14		

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)	980. Pago Total $
	Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) BOGOTA Autoadhesivo 0120040582831 Fecha presentación 2023-11-14 15:55:00 Valor pagado