CONTRATO O CONVENIO No.	057-ARC-DISAN-2025
FECHA FIRMA CONTRATO	11 JULIO 2025
CONTRATISTA:	IMPORTADORA COLOMBIANA DE ARTICULOS ESPECIALES SAS – IMCARE SAS
NIT:	900.068.959-5
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	05 SEPTIEMBRE 2025
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	01-15 AGOSTO 2025

1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO	ADQUISICIÓN A TODO COSTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL Y SUS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR.

1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO

No. MODIFICATORIO	FECHA MODIFICATORIO	MOTIVO DEL MODIFICATORIO
----------	----------	----------
----------	----------	----------

2. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
1	ELECTROCARDIOGRAFO PARA CARDIOLOGIA	1	$22.372.000,00	$0,00	$22.372.000,00
				VALOR TOTAL	**$22.372.000,00**

2.1. OBSERVACIONES

N/A

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	VEINTIDÓS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($22.372.000,00 M/CTE).
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	N/A
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	VEINTIDÓS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($22.372.000,00 M/CTE).

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
COMPRAVENTA	$22.372.000,00 M/CTE

3.2. OBSERVACIONES

N/A

3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

NO APLICA NO SE CONTEMPLÓ EN LA FORMA DE PAGO ANTICIPO

4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

VIGENCIA PRESUPUESTAL	CDP No.	FECHA CDP	VALOR CDP	CRP No.	FECHA CRP	VALOR CRP
2025	9425	03 DE FEBRERO DE 2025	$604.236.562,00	12225	11 DE JULIO DE 2025	$22.372.000,00

4.1. OBSERVACIONES

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA CORRIENTE	21003979575

6 PLAZO DE EJECUCIÓN

PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO	UNA VEZ INICIADO ELECTRÓNICAMENTE EL CONTRATO, PREVIA EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PRESUPUESTAL Y APROBACIÓN DE LA POLIZA HASTA EL 15 DE AGOSTO DE 2025
PLAZO DE DURACIÓN	1 MES Y 4 DIAS
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO OCONVENIO	15 DE AGOSTO DEL 2025

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	33-44-101264785
FECHA EXPEDICIÓN:	09 JULIO 2025
FECHA EXPEDICIÓN:	15 AGOSTO 2027
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO SA

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	09/07/2025	15/12/2025	$4.474.400,00
CALIDAD DEL SERVICIO	09/07/2025	15/12/2025	$4.474.400,00

CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	09/07/2025	15/08/2027	$4.474.400,00

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No.	NO APLICA
FECHA EXPEDICIÓN:	----------
FECHA EXPEDICIÓN:	----------
ASEGURADORA:	----------

AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
	DESDE	**HASTA**	
----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------

8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD

8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR

FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA	**No DE FACTURA**	**FECHA FACTURA**	**CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS**	**VALOR FACTURA**
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
			VALOR TOTAL	----------

8.2 FACTURAS ENTREGADAS POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE AUDITORIA (ACRE)

FECHA DE ENTREGA A ÁREA DE AUDITORIA POR EL SUPERVISOR	**No DE FACTURA**	**FECHA FACTURA**	**CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS**	**VALOR FACTURA**
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
			VALOR TOTAL	----------

8.3 FACTURAS RADICADAS PARA TRAMITE DE PAGO

FECHA DE ENTREGA POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE CONTRATOS	**No DE FACTURA**	**FECHA FACTURA**	**CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS**	**VALOR FACTURA**
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------
			VALOR TOTAL	----------

9. FACTURAS PAGADAS

CONTRATADO				PAGADO			
TIPO DE PAGO	VIGENCIA	VALOR $	OBLIGACIÓN No.	FECHA OBLIGACIÓN	ORDEN DE PAGO No.	FECHA ORDEN DE PAGO	VALOR PAGADO
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

*Tipo de Pago: Acuerdo clausula valor y forma de pago de debe indicar cono quedo registrado. Ejemplo: Parcial, Mensual, Total etc.

*Para lo ITEMS Obligación No., fecha obligación, orden de pago, fecha orden de pago, valor pagado, es información suministrada por el área de tesorería o su equivalente en los ESM ARC.

10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO	$22.372.000,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	0
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	0
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	0
SALDO POR LIBERAR	0

OBSERVACIONES

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	UBICACIÓN
ELECTROCARDIOGRAFO	BTL	BTL 4 ECG ELITE	07702B001320	DMBOG

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

Se coordina con el contratista la recepción del equipo y capacitación al personal el día 08 agosto 2025, se realiza prueba de funcionamiento, el equipo queda operativo en la unidad, se realiza capacitación de uso al personal a cargo y se recibe registro de asistencia a la capacitación.
Se recibe por parte del contratista los documentos del equipo incluido hoja de vida, registro INVIMA, certificado de importación y la placa de identificación.
Se recibe orden de suministro firmada por parte del almacenista de la unidad.
El contratista el día 19 de agosto emite factura No. I-1907 y envía pago de aportes correspondiente al mes de Agosto junto con el certificado de parafiscales.
Se diligencia acta de recibo a satisfacción, se solicita orden de suministro firmada (se anexa al informe), se aprueba factura en SIIF y secop y se radica la factura No. I-1907 ante el área correspondiente para el trámite de la misma.
Se sube el acta de recibo a satisfacción junto con la orden de suministro al apartado de ejecución de contrato en el secop II.

12. APORTES PARAFISCALES

Se anexa el soporte de pago de seguridad social del contratista correspondiente al mes de AGOSTO.

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

El contratista ha dado respuestas a las solicitudes de información requeridas, la comunicación con el contratista ha sido fluida, y el desarrollo del contrato se ha llevado a cabo correctamente

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

100%, Se recibió la totalidad de equipos objeto del contrato.

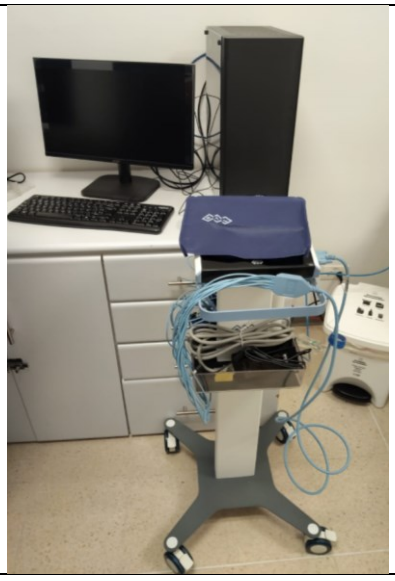
16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)

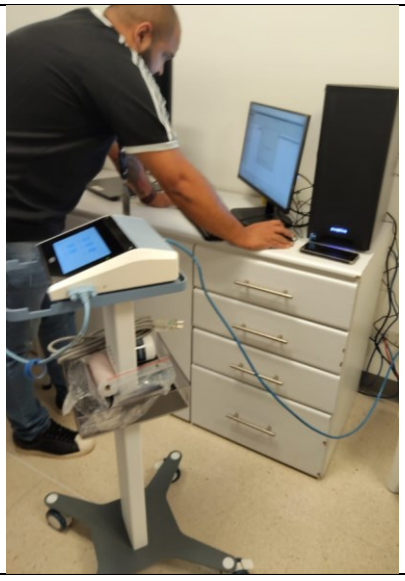
17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. ANEXOS

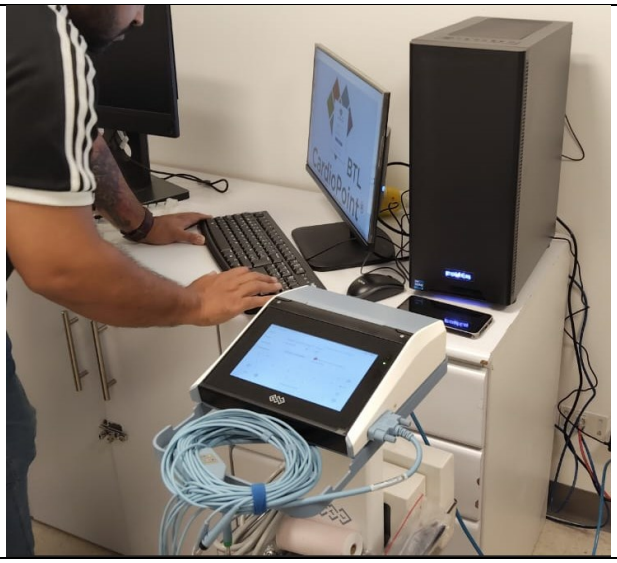
soporte de pago de seguridad social AGOSTO

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)









NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO O CONVENIO: TATIANA MARIA CALDERON AMAYA
CARGO: INGENIERA BIOMEDICA
DEPENDENCIA: SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO CADENA SUMINISTRO		
	ORDEN DE SUMINISTRO		
	VERSIÓN: 3.0	FECHA: 09/09/2022	Página 1 de 1

1. CONTRATO No. 057-ARC-DISAN-2025
2. CONTRATISTA IMCARE SAS
3. No. PEDIDO 01

4. No. ITEM	5. No. ITEM CONTRATO	6. DESCRIPCIÓN	7. MARCA	8. PRESENTACIÓN (INCLUÍDO NUM. UNIDADES)	9. CANTIDAD	10. VALOR PRESENTE INCLUIDO IVA	11. OBSERVACIONES
1	1	ELECTROCARDIOGRAFO PARA CARDIOLOGIA	BTL	UNIDAD	01	$22.372.000,00	
				TOTAL		$22.372.000,00	

12. ESM/ CIUDAD DESTINO: BOGOTA-DMBOG
13. FECHA PEDIDO: 17 JULIO 2025
14. PERSONA CONTACTO (Almacenista): SVP. SOLANO WILMER
15. NUMERO CONTACTO 3118926022
16. DIRECCIÓN DEL ENVÍO CARRERA 58 NO. 9-67 PUENTE ARANDA
17. AUTORIZA (Nombre Completo y Grado Supervisor) PS. TATIANA MARIA CALDERÓN
18. ALMACENISTA QUE RECIBE (Nombre Completo y Grado) SVP. SOLANO WILMER
19. FECHA RECIBIDO 08-08-2025
20. FIRMA DEL ALMACENISTA
21. FIRMA DEL SUPERVISOR

2022090995130 REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900068969-5	IMPORTADORA COLOMBIANA DE ARTICULOS ESPECIALES SAS	CALLE 57B SUR 62-92 INT 73	6015662898	administracion@imcare.com.co	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E		88971146	$1.521.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	248.700	0		0		0	0	0	0	248.700	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	208.700	0		0		0	0	0	0	208.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	546.600	0	0	0	0	0	0		546.600	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	59.900				59.900	0	0	59.900			599	59.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	457.400	0	0	457.400	3

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	2	457.400	457.400
Pensión	1	546.600	546.600
Riesgos Laborales	1	59.900	59.900
CCF	1	457.400	457.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	1.521.300	1.521.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900068959-5	IMPORTADORA COLOMBIANA DE ARTICULOS ESPECIALES SAS		CALLE 57B SUR 62-92 INT 73	6015662898	administracion@imcare.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E		88971146	$1.521.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	IRP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SUS	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TUP	VIP	VIT	COR	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	19458242	SIERRA MURCIA LUIS ANGEL	1	1													X									0	0	0	0	0	0	EPS017	5.216.000	208.700	14-25	5.216.000	1	27.300	CCF24	5.216.000	208.700	0	0	0	0	0
2	CC	51550509	SIERRA MURCIA ANA LUCIA	1	1																						0	0	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	112.000	14-25	2.800.000	1	14.700	CCF24	2.800.000	112.000	0	0	0	0	0
3	CC	52173949	HERNANDEZ TORRES LUZ DARY	1	0													P								25-14	3.416.000	546.600	0	0	0	0	EPS008	3.416.000	136.700	14-25	3.416.000	1	17.900	CCF24	3.416.000	136.700	0	0	0	0	0