CONTRATO O CONVENIO No.	055-ARC-DISAN-2025
FECHA FIRMA CONTRATO	08 JULIO 2025
CONTRATISTA:	LA MUELA SAS
NIT:	804.009.440-5
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	01 OCTUBRE 2025
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	SEPTIEMBRE 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
001	09-08-2025	SE REALIZA MODIFICATORIO N°1 EN EL SENTIDO DE PRORROGAR EL PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 Y ADICIONAR EL VALOR DE DOCE MILLONES DE PESOS MCTE. ($12.000.000,00 M/CTE) CORRESPONDIENTE A 4 KITS ODONTOLÓGICOS, TAL COMO SE EVIDENCIA EN LOS SOPORTES ADJUNTOS.
----------	----------	----------

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

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
1	AGITADOR DE MAZZINI	1	$4.950.000,00	$0,00	$ 4.950.000,00
2	BAÑO DE FLOTACIÓN	1	$7.908.500,00	$0,00	$ 7.908.500,00
3	CONTADOR DE CELULAS	1	$2.500.000,00	$0,00	$ 2.500.000,00
4	CONGELADOR DE LABORATORIO	1	$24.000.000,00	$0,00	$ 24.000.000,00
5	NEVERA LABORATORIO	1	$17.592.000,00	$0,00	$ 17.592.000,00
6	CENTRIFUGA	1	$21.800.000,00	$0,00	$ 21.800.000,00
7	COMPRESOR 2 HP	4	$13.900.000,00	$0,00	$ 55.600.000,00
8	COMPRESOR 3 HP	1	$19.000.000,00	$0,00	$ 19.000.000,00
9	KIT ODONTOLOGICO	6	$3.000.000,00	$0,00	$ 18.000.000,00
10	LAMPARA DE FOTOCURADO	1	$2.000.000,00	$0,00	$ 2.000.000,00
11	LOCALIZADOR APICAL	1	$3.698.000,00	$0,00	$ 3.698.000,00
12	RADIOVISOGRAFO	2	$18.500.000,00	$0,00	$ 37.000.000,00
13	RAYOS X PERIAPICAL	2	$20.372.000,00	$0,00	$ 40.744.000,00
14	SELLADORA	1	$9.500.000,00	$0,00	$ 9.500.000,00
15	UNIDAD ODONTOLOGICA	2	$17.000.000,00	$0,00	$ 34.000.000,00
16	UNIDAD ODONTOLOGICA PORTATIL	1	$4.700.000,00	$0,00	$ 4.700.000,00
17	SCALER	2	$2.060.000,00	$0,00	$ 4.120.000,00
				VALOR TOTAL	**$ 307.112.500,00**

EQUIPOS ADICIONADOS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA
1	KIT ODONTOLOGICO	4	$3.000.000,00	$0,00	$ 12.000.000,00

2.1. OBSERVACIONES

N/A

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	TRESCIENTOS SIETE MILLONES CIENTO DOCE MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($307.112.500.00 M/CTE).
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	DOCE MILLONES DE PESOS MCTE. ($12.000.000,00)
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	TRESCIENTOS DIECINUEVE MILLONES CIENTO DOCE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE ($ 319.112.500,00)

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
COMPRAVENTA	$319.112.500,00 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	11925	08 DE JULIO DE 2025	$319.112.500,00

4.1. OBSERVACIONES

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA CORRIENTE	600108435

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 7 DIAS
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	3 MESES Y 16 DIAS
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO OCONVENIO	30 DE NOVIEMBRE DEL 2025

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	4306972
FECHA EXPEDICIÓN:	07 JULIO 2025
FECHA EXPEDICIÓN:	15 AGOSTO 2027
ASEGURADORA:	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/07/2025	15/12/2025	$61.422.500,00
CALIDAD DEL SERVICIO	07/07/2025	15/12/2025	$61.422.500,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	07/07/2025	15/08/2027	$61.422.500,00

POLIZA ADICIÓN 1

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	07/07/2025	30/03/2026	$ 63.822.500,00
CALIDAD DEL SERVICIO	07/07/2025	30/03/2026	$ 63.822.500,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	07/07/2025	30/11/2027	$ 63.822.500,00

	NO APLICA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No.	
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	$319.112.500,00
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

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UBICACIÓN
AGITADOR DE MAZZINI	1	DMBOG
CONTADOR DE CELULAS	1	DMBOG
COMPRESOR 2 HP	2	ENAP CESAN
COMPRESOR 3 HP	1	DMBAQ
KIT ODONTOLOGICO	10	BUENAVENTURA CEMED 45 YATI COROZAL UBACT (2) DMBAQ UBABA LEGUIZAMO 2
LAMPARA DE FOTOCURADO	1	LEGUIZAMO
SELLADORA	1	LETICIA
UNIDAD ODONTOLOGICA	1	UBACT
SCALER	2	DMBAQ

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

Se recibe compresor odontológicO barranquilla

El contratista indica que hace despacho de los 04 kit odontológicos adicionados (buenaventura, cemed 45, yati, corozal)
Se recibe kit odontológico buenaventura, cemed 45, yati y corozal
Se instalan los equipos del DMBOG.
Se instala unidad odontológica en UBACT.
Se recibe nevera para laboratorio en bahía solano
Se recibe compresor y congelador en bahía Málaga
Se programa la instalación de los equipos de bahía Málaga, Carreño, corozal, Coveñas para el mes de octubre.

12. APORTES PARAFISCALES

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

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

El contratista ha dado respuestas a las solicitudes de información requeridas mensualmente.

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

El presente contrato corresponde a una compraventa con ejecución TOTAL, por lo tanto, la ejecución del contrato se encuentra en un 0%.

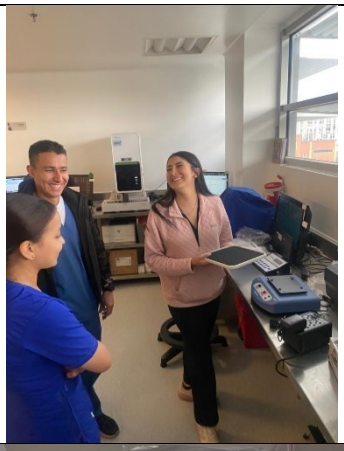
16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. ANEXOS

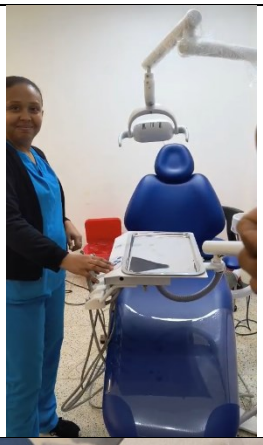
soporte de pago de seguridad social AGOSTO

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)










ONECURE
B-Cure



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

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 804009440	5	LA MUELA S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 38 NUMERO 35-53 EL PRADO	BUCARAMANGA-SANTANDER	6340022	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1761589809	9491552707	E	2025/09/09	2025/09/08	BANCOLOMBIA	0	$131,647,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				113	$74,804,300	$0	$0	$74,804,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	6	$3,453,700	$0	$0	$3,453,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	27	$29,781,000	$0	$0	$29,781,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	45	$20,694,500	$0	$0	$20,694,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	32	$18,105,300	$0	$0	$18,105,300
SKANDIA	230901	800,253,055	2	3	$2,769,800	$0	$0	$2,769,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				115	$8,731,100	$0	$0	$8,731,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	115	$8,731,100	$0	$0	$8,731,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 9)				113	$18,909,500	$0	$0	$18,909,500
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	1	$97,700	$0	$0	$97,700
COMFAMILIAR ATLANTICO	CCF07	890,101,994	9	4	$644,500	$0	$0	$644,500
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	1	$163,000	$0	$0	$163,000
COMFANORTE	CCF37	890,500,516	3	1	$167,800	$0	$0	$167,800
COMFENALCO ANTIOQUIA	CCF03	890,900,842	6	7	$1,421,100	$0	$0	$1,421,100
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	77	$12,560,700	$0	$0	$12,560,700
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	5	$587,800	$0	$0	$587,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	15	$2,798,500	$0	$0	$2,798,500
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	2	$468,400	$0	$0	$468,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				115	$24,613,500	$0	$0	$24,613,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$390,700	$0	$0	$390,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	3	$178,400	$0	$0	$178,400
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$82,700	$0	$0	$82,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	28	$4,289,900	$0	$0	$4,289,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$4,873,400	$0	$0	$4,873,400
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$131,800	$0	$0	$131,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	28	$5,420,100	$0	$0	$5,420,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	4	$314,600	$0	$0	$314,600
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$131,600	$0	$0	$131,600
SALUD MIA EPS	EPS046	900,914,254	1	3	$304,600	$0	$0	$304,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	16	$1,840,400	$0	$0	$1,840,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	24	$6,655,300	$0	$0	$6,655,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$2,753,300	$0	$0	$2,753,300
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	3	$2,753,300	$0	$0	$2,753,300
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$1,835,500	$0	$0	$1,835,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	3	$1,835,500	$0	$0	$1,835,500
TOTAL				**115**	**$131,647,200**	**$0**	**$0**	**$131,647,200**