CONTRATO O CONVENIO No.	053-ARC-DISAN-2026
FECHA FIRMA CONTRATO	28 JULIO 2026
CONTRATISTA:	UNION TEMPORAL SALUD ARMADA 2026
NIT:	902.087.366-6
FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN	05 NOVIEMBRE 2026
PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN	OCTUBRE 2026

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	24/08/2026	MODIFICAR PARCIALMENTE LA CLAUSULA QUINTA - VALOR Y FORMA DE PAGO del contrato de compraventa N° 053-ARC-DISAN-2026, en el sentido de adicionar la suma DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE ($299.945.200,00).
----------	----------	----------

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

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TERMOHIGROMETRO	10	$ 267.400	$ 2.674.000
MONITOR FETAL	1	$ 7.825.600	$ 7.825.600
DOPPLER FETAL	7	$ 913.200	$ 6.392.400
NEBULIZADOR	9	$ 601.300	$ 5.411.700
DESFIBRILADOR	2	$ 23.636.100	$ 47.272.200
MONITOR DE SIGNOS VITALES	14	$ 4.406.200	$ 61.686.800
EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	15	$ 5.001.200	$ 75.018.000
PULSIOXIMETRO	6	$ 996.900	$ 5.981.400
ELECTROCARDIOGRAFO	8	$ 4.806.400	$ 38.451.200
SUCCIONADOR	7	$ 1.686.800	$ 11.807.600
PESA BEBE	4	$ 2.380.000	$ 9.520.000
DEA	4	$ 7.695.500	$ 30.782.000
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4	$ 698.700	$ 2.794.800
CAMA HOSPITALARIA	19	$ 13.790.000	$ 262.010.000
LAMPARA CUELLO DE CISNE	2	$ 3.500.000	$ 7.000.000
TESIOMETRO DE PARED	2	$ 2.373.800	$ 4.747.600
INFANTOMETRO	4	$ 689.800	$ 2.759.200
FONENDOSCOPIO	10	$ 610.600	$ 6.106.000
BASCULA TALLIMETRO	2	$ 2.348.000	$ 4.696.000
TENSIOMETRO PORTATIL	11	$ 759.000	$ 8.349.000
TOTAL			**$ 601.285.500**

EQUIPOS ADICIONADOS

EQUIPO	CANTIDAD	ESM	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
BASCULA TALLIMETRO	4	DMBHM 1 UBATM 1 DMBOG 2	$ 2.348.000,00	$ 9.392.000,00
CAMA HOSPITALARIA	3	HONAC 3	$ 13.790.000,00	$ 41.370.000,00
DEA	6	DMBUN 1 UBATM 1 UBAIN 1 UBASA 1 DMCOR 1 UBAML 1	$ 7.695.500,00	$ 46.173.000,00
DESFIBRILADOR	3	DMBUN 1 HONAC 1 UBAML 1	$ 23.636.100,00	$ 70.908.300,00
DOPPLER FETAL	2	UBACR 1 UBAML 1	$ 913.200,00	$ 1.826.400,00
ELECTROCARDIOGRAFO	6	UBATM 1 DMBHM 1 HONAC 1 DMCOV 1 UBASA 1 UBAML 1	$ 4.806.400,00	$ 28.838.400,00
EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	5	UBAIN 2 DMCOR 1 UBACT 1 UBAML 1	$ 5.001.200,00	$ 25.006.000,00
FONENDOSCOPIO	4	BLAS DE LEZO 1 DMCOV 1 UBAMG 1 UBAML 1	$ 610.600,00	$ 2.442.400,00
INFANTOMETRO	9	DMBOG 4 DMCOV 1 UBAMG 1 UBASA 1 DMCOR 1 UBAML 1	$ 689.800,00	$ 6.208.200,00
LAMPARA CUELLO DE CISNE	1	UBATM 1	$ 3.500.000,00	$ 3.500.000,00
MONITOR DE SIGNOS VITALES	4	UBAGP 1 UBATM 1 UBACT 1 UBAML 1	$ 4.406.200,00	$ 17.624.800,00
MONITOR FETAL	2	HONAC 1 UBAML 1	$ 7.825.600,00	$ 15.651.200,00

NEBULIZADOR	6	UBABS 1 DMBOG 2 DMCOV 1 UBAML 1 ENAP 1	$	601.300,00	$	3.607.800,00
PESA BEBE	5	DMBOG 2 DMLEG 2 UBACR 1	$	2.380.000,00	$	11.900.000,00
PULSIOXIMETRO	3	UBACR 1 DMBOG 1 UBAML 1	$	996.900,00	$	2.990.700,00
SUCCIONADOR	3	DMBOG 2 UBAML 1	$	1.686.800,00	$	5.060.400,00
TENSIOMETRO DE PARED	1	UBAML	$	2.373.800,00	$	2.373.800,00
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4	DMBHM 1 BLAS DE LEZO 1 DMCOR 1 UBAML 1	$	698.700,00	$	2.794.800,00
TENSIOMETRO PORTATIL	3	HONAC 1 BLAS DE LEZO 1 UBACT 1	$	759.000,00	$	2.277.000,00
				TOTAL	**$**	**299.945.200,00**

2.1. OBSERVACIONES

N/A

3. VALOR CONTRATO O CONVENIO

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:	SEISCIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE. ($601.285.500,00).
VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO:	DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE. ($ 299.945.200,00).
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO:	NOVECIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS PESOS MCTE. ($ 901.230.700,00).

3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

TIPO DE CONTRATO	VALOR EN $
COMPRAVENTA	$ 901.230.700,00 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
2026	10326	20 DE FEBRERO DE 2026	$3.535.150.000.00	12026	29 DE JULIO DE 2026	$901.230.700,00

4.1. OBSERVACIONES

5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA CORRIENTE	24157011995

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 06 DE NOVIEMBRE DE 2026
PLAZO DE DURACIÓN	3 MESES Y 4 DIAS
PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN	N/A
FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO OCONVENIO	06 DE NOVIEMBRE DEL 2026

7 RESUMEN PÓLIZAS

PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No.	33-44-101278749
FECHA EXPEDICIÓN:	30 JULIO 2026
FECHA EXPEDICIÓN:	06 NOVIEMBRE 2027
ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/07/2026	06/03/2027	$ 120.257.100,00

CALIDAD DEL SERVICIO	30/07/2026	06/03/2027	$ 120.257.100,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	30/07/2026	06/11/2027	$ 120.257.100,00

POLIZA ADICIÓN 1

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	30/07/2026	06/03/2027	$180.246.120,00
CALIDAD DEL SERVICIO	30/07/2026	06/03/2027	$180.246.120,00
CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES	30/07/2026	06/11/2027	$180.246.120,00

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	$ 901.230.700,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 901.230.700,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$ 601.285.500,00
VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA	$ 299.945.200,00
SALDO POR LIBERAR	0

OBSERVACIONES

10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS

Durante el mes de SEPTIEMBRE se recibieron los siguientes equipos:

EQUIPOS INICIALES

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
TERMOHIGROMETRO	10
MONITOR FETAL	1
DOPPLER FETAL	7
NEBULIZADOR	9
DESFIBRILADOR	2
MONITOR DE SIGNOS VITALES	14

EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	15
PULSIOXIMETRO	6
ELECTROCARDIOGRAFO	8
SUCCIONADOR	6
PESA BEBE	4
DEA	4
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4
CAMA HOSPITALARIA	19
LAMPARA CUELLO DE CISNE	2
TESIOMETRO DE PARED	2
INFANTOMETRO	4
FONENDOSCOPIO	10
BASCULA TALLIMETRO	2
TENSIOMETRO PORTATIL	11

EQUIPOS ADICIONADOS

EQUIPO	CANTIDAD
BASCULA TALLIMETRO	4
CAMA HOSPITALARIA	3
DEA	5
DESFIBRILADOR	3
ELECTROCARDIOGRAFO	6
EQUIPO DE ORGANOS DE PARED	3
FONENDOSCOPIO	4
INFANTOMETRO	9
LAMPARA CUELLO DE CISNE	1
MONITOR DE SIGNOS VITALES	4
MONITOR FETAL	2
NEBULIZADOR	6
PESA BEBE	5
PULSIOXIMETRO	3
TENSIOMETRO DE PARED	1
TENSIOMETRO PEDIATRICO	4
TENSIOMETRO PORTATIL	3

11. ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realizó pago de la factura No. 100 por valor de $601.285.500,00, pendiente pago de la factura No. 101 Por valor de $299.945.200,00.

12. APORTES PARAFISCALES

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

13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA

El contratista ha dado respuestas a las solicitudes de información requeridas mensualmente y a las entregas pactadas

14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE

15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)

El presente contrato corresponde a una compraventa con ejecución PARCIAL, por lo tanto, la ejecución del contrato se encuentra en un 100%.

16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)

17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

18. ANEXOS

soporte de pago de seguridad social OCTUBRE

19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)

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

Último ingreso exitoso: 2026-11-03 / 03:42:38 PM | Último ingreso fallido: 2026-11-03 / 03:27:01 PM

Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Pensiones Voluntarias | Salir

Noviembre 3 de 2026 / 3:43 PM

Inicio › Planillas › Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	EMELAB SAS	**Nit:**	901143768
Tipo planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones**	Octubre 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Noviembre 2026
Número de radicación:	96518453	**Total a pagar:**	$896,600
Fecha de vencimiento:	18/11/2026	**Total de empleados:**	2
Fecha de pago:	03/11/2026	**Número de administradoras:**	6

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	797147522
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	2		$0.00	$19,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$304,000
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$280,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fiar	2		$0.00	$146,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$70,100
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$76,000
						$896,600

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF