## DATOS REQUERIDOS

### 1. DATOS GENERALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datos Generales** | **Contrato** | **x** | **Convenio** | | **Orden** | | **No.** | **238-2024** |
| | **Tipo** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
| **Objeto** | **CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO, ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE, CAPACITACIÓN TÉCNICA DEL ROBOT NAO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.** | | | | | | | |
| **Contratista** | **ROBOTLAB S.A.S** | | | | | | | |
| **Identificación (CC – Nit)** | 901.793.359-9 / CC N°1.098.781.174 | | | | | | | |
| **Representante Legal** | Cindy Vanessa Ortega Sarmiento | | | | | | | |
| **Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato** | **Nombre** | **Dra. CLAUDIA LILIANA ECHEVERRÍA GONZÁLEZ** | | | | | | |
| | **Cargo** | Jefe Unidad de Investigación Científica- Supervisora | | | | | | |

*Nota: TIPO "Prestación de servicios, obra, interventoría, arrendamiento, comodato, compraventa, suministro".*

### 2. FECHAS RELEVANTES

| | FECHA DD/MM/AÑO |
|---|---|
| **Suscripción** | 22/07/2024 |
| **Iniciación** | 22/07/2024 |
| **Cesión** | NA |
| **Suspensión** | NA |
| **Reinicio** | NA |

### 3. PLAZO DE EJECUCIÓN

| PACTADO (meses) | | FECHAS | |
|---|---|---|---|
| | | Desde | Hasta |
| Inicial | 05 MESES 8 DÍAS | 22-07-2024 | 31-12-2024 |
| Prórroga | | | |
| PLAZO TOTAL | 05 MESES 8 DÍAS | 22-07-2024 | 31-12-2024 |
| PLAZO TOTAL EJECUTADO | 05 MESES 8 DÍAS | 22-07-2024 | 31-12-2024 |

### 4. VALOR

| CONCEPTO | VALOR EN PESOS |
|---|---|
| VALOR INICIAL | $ 41.057.000,oo |
| VALOR ADICIÓN | $0 |
| VALOR REDUCCIONES | $0 |
| VALOR TOTAL | **$41.057.000,oo** |

## DATOS REQUERIDOS

### 5. BALANCE FINANCIERO

| FACTURA | ORDEN DE PAGO No. | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|
| FV1 | N/A | 30-08-2024 | $ 41.057.000,oo |

| | |
|---|---|
| VALOR PAGOS EFECTUADOS | $41.057.000,oo |
| SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA | $0 |
| SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO | $0 |

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

### 6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

| OBJETO | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| **CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO, ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE, CAPACITACIÓN TÉCNICA DEL ROBOT NAO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.** | El contratista cumplió a cabalidad con las actividades del contrato hasta la fecha de terminación **31-DICIEMBRE-2024.** |

| ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| | |

| OTRAS OBLIGACIONES | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| 1. Ninguna | Ninguna |

### 7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

| FECHA | VALOR TOTAL | SALUD | PENSION |
|---|---|---|---|
| 05/08/2024 | $2.643.200 | $515,200 | $2,060,700 |

**Nota:** Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

## DATOS REQUERIDOS

### 8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

| N° DE POLIZA | AMPARO | VIGENCIA | |
|---|---|---|---|
| | | INICIO | FINAL |
| 11-46-101059645 | SEGUROS DEL ESTADO | 29-07-2024 | 30/06/ 2025 |

**Nota 1**: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
**Nota 2:** La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

### 9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

| Concepto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Solución a inconvenientes | | | | | x |
| Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or) | | | | | x |
| Oportunidad en la gestión | | | | | x |
| Calidad del bien o servicio | | | | | x |
| Cumplimiento | | | | | x |

**Nota:** Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

### 9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

La supervisora del contrato deja constancia que se recibió el servicio pactado a conformidad al 30 agosto 2024.

**Para constancia se firma en Bogotá, a los (30) días del mes de agosto de 2024**

| El SUPERVISOR | | El CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Dra. Claudia Liliana Echeverría González** | **Nombre Representante Legal** | **Cindy Vanessa Ortega Sarmiento** |
| **Cargo** | Jefe Unidad de Investigación-Supervisora | **Identificación** | 1.098.781.174 |

**Firma:** Claudia Echeverría

**Firma:**