HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO	CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05
	UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS	FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024
	MANUAL: CONTRATACION	VERSIÓN: 10
	PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PAGINA 1 DE 2

Fecha:	**26/12/2025**	**INFORME DE SUPERVISOR**		**TRAMITE PARA PAGO**	**x**	**MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME**	**diciembre 2025**

No. de Contrato:	N°308-2025	**VALOR**	$37.999.812,50
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	No. MC-208-2025-HOMIL		
Objeto	**"CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO, ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE Y CAPACITACIÓN TÉCNICA DEL ROBOT HUMANOIDE NAO, ASIGNADO AL LABORATORIO DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (INNLAB) DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.".**		
Nombre de Contratista	**ROBOTLAB S.A.S**	**NIT/ CC**	901.793.359-9
Clase de Contrato	Prestación de servicios	**Modalidad de Contratación**	Mínima Cuantia

Cuenta Bancaria No.	**91500003611**	**Banco:**	**Bancolombia**	**Tipo de Cuenta:**	**Ahorros**	**X**	**Corriente**		
Garantía Cumplimiento (Si aplica) :	**1146-101092467**	**Aseguradora (Si aplica):**	**SEGURO DEL ESTADO S.A**	**Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):**	**15-12-2025 / 31-12- 2026**				

VIGENCIA	**INFORMACIÓN PRESUPUESTAL**						**No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO**	**FECHA FACTURA**	**ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO**	**ALMACEN AL QUE INGRESA**	**VALOR OBLIGACIÓN**
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	**FECHA**	**DINAMICA No.**	**FECHA**	**Registro Presupuestal (RP) No.**	**FECHA CRP**					
VIGENCIA 2025	203625	9/12/2025	N/A	N/A	493225	15/12/2025	FV-22	24/12/2025	**NA**	**NA**	$37.992.552,71
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO											**$37.992.552,71**

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: TREINTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON SETENTA Y UN CENTAVOS.

VIGENCIA	**VR. CONTRATO (A)**	**VR. ADICION (B)**	**REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)**	**VR. EJECUTADO (D)**	**SALDO CONTRATO (A+B-C-D)**
VIGENCIA 2025	$37.999.812,50	$ 0,00	$7.259,79	$37.992.552,71	$
TOTAL CONTRATO	**$37.999.812,50**	**$ -**	**$7.259,79**	**$37.992.552,71**	**$ -**

El valor de $7.259,79 corresponde al descuento de menos horas de capacitación dictadas por el proveedor ROBOTLAB

Nombre del Supervisor
Dra. Claudia Liliana Echeverría González
Jefe Unidad de Investigación Científica

Fecha de notificación: ID N°XXXXXXX

Plazo de ejecución	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	15/12/2025	**31/12/2025**
Vigencia del Contrato:	**15-DIC- 2025 AL 31 DIC 2025**	
Prorrogas:	**En tiempo:**	
	1-	
	2-	
	3-	

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS -PENSIÓN y riesgos profesionales **05/12/2025** Planilla N°**91817771**– correspondiente al mes de **DICIEMBRE 2025 $**
en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de **(DICEMBRE 2025)**; así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detalla da el cuadro realcionado a continuacion:

REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (Instalado / existencias almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES : **El Informe de Actividades mes de DICIEMBRE 2025 se encuentra colgado en SECOP II**

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los $ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	Nº Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	CODIGO:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Dra. Claudia Liliana Echeverría González
Jefe Unidad de Investigación Científica



NÚMERO DE CEDULA: **51.696.910**

CELULAR : 3143937675 **CORREO: cecheverria@homil.gov.co**

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura	X	1
Pago de Seguridad Social	X	1