AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	FORMATO		
	CERTIFICACIÓN CUMPLIDO PARA PAGO DE CONTRATOS DIFERENTES A PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Clave: APOY-2.0-12-038	**Versión:** 1	**Fecha de aprobación:** 27/Feb/2024

Fecha de Diligenciamiento: DD **02** / MM **Septiembre** / AAAA **2024**

Información Beneficiario de Pago

Nombre beneficiario de pago: **MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.**

NIT/CC No.: **901301356-7**

Información Contractual

Contrato No.: 24000559 H3 A DE 2024

Objeto del contrato: PRACTICAR EXAMENES MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y PARACLÍNICOS PARA CERTIFICAR LA APTITUD PSICOFÍSICA DEL PERSONAL TÉCNICO AERONÁUTICO DE LA REGIONAL NOROCCIDENTE

Fecha de suscripción: 06 / may / 2024 (DD / MM / AAAA)

Fecha de terminación: 01 / dic / 2024 (DD / MM / AAAA)

Estado financiero del contrato

Valor Inicial	Adiciones	Valor Ejecutado	Saldo por Ejecutar
$ 53.896.000,00		$ 11.646.000,00	$ 42.250.000,00

Información para pago

Concepto de Pago:

- ☐ ASEO
- ☐ COMPRAS CON INGRESO A ALMACÉN
- ☐ COMPRAS SIN INGRESO A ALMACÉN
- ☐ INTERVENTORÍA
- ☐ MANTENIMIENTO
- ☐ OBRA
- ☐ RESOLUCIÓN
- ☐ SERVICIOS PÚBLICOS
- ☐ TRANSPORTE DE CARGA
- ☐ TRANSPORTES PASAJEROS
- ☐ VIGILANCIA
- ☑ OTRO: Prestación Servicios Médicos

RELACIÓN FACTURAS, NOTAS CRÉDITO Y/O DÉBITO:

Tipo de documento	*No. Factura*	*Fecha factura*
Factura Electrónica	MA5469	30-ago-24

ANTICIPO - AMORTIZACIÓN

El presente pago ¿es un anticipo?

Valor inicial del anticipo	
Valor total amortizado a la fecha	
Amortización presente pago	
Saldo pendiente de amortizar	$ -

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

¿El pago se realiza a fiducia?

NIT Fiducia

¿Se requiere endosar el pago?

NIT beneficiario de endoso

Tipo cuenta bancaria: Ahorros

Cuenta bancaria No.: 00500040114

Nombre entidad bancaria: BANCOLOMBIA S.A.

Información Presupuestal y Ejecución del Contrato

Vigencia presupuestal: Vigencia Actual

No. Compromiso presupuestal / RP 1	13824
Código rubro presupuestal a afectar	**Valor Total (Incluido IVA)**
C-2403-0600-51-52104E-2403085-02	$ 2.008.000,00
Total a pagar:	**$ 2.008.000,00**

No. Compromiso presupuestal / RP 2	
Código rubro presupuestal a afectar	**Valor total (incluido IVA)**
Total a pagar:	**$ -**

Autorización de pago por parte del (los) supervisor (es)

En mi calidad de supervisor del contrato enunciado, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a través de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral, las cifras y valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.

Firma:		Firma:	
Nombre:	CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL	Nombre:	
Cargo:	Coordinador	Cargo:	
Dependencia:	Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo	Dependencia:	

OBSERVACIONES