Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmmadriga	MARYORI CRISTINA MADRIGAL LUJAN
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	24-12-00-300	RAN_DIRECCIÓN REGIONAL NOROCCIDENTE
Fecha y Hora Sistema:	2024-04-23-10:42 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 624 de fecha 2024-03-20. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	13824	**Fecha Registro:**	2024-04-23	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		24-12-00-300 RAN_DIRECCIÓN REGIONAL NOROCCIDENTE			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	53.896.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	53.896.000,00	**Saldo x Obligar:**	53.896.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	901301356	**Razón Social:**	MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	00500040114	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	71368584	**Nombre:**	JHONATAN VILLADA PALACIO	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL NOROCCIDENTE

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	24000559 H3 A	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2024-04-23

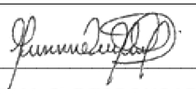
ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
3200 DIRECCIÓN REGIONAL AERONÁUTICA NOROCCIDENTE	C-2403-0600-51-52104E-2403085-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIOS A LA NAVEGACIÓN AÉREA - FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN AÉREA NACIONAL	Propios	20	CSF		53.896.000,00	0,00		
					Total:	53.896.000,00	0,00	53.896.000,00	53.896.000,00

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

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
30000	UAEAC - RAN - REG. ANTIOQUIA	9-1	INVERSION PROPIOS CSF	2024-12-24	53.896.000,00	53.896.000,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

CONDICIONES GENERALES

NÚMERO DE CONTRATO	24000559 H3 A DE 2024
CLASE DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS.
CONTRATANTE	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONÁUTICA CIVIL – AEROCIVIL
CONTRATISTA	MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.
OBJETO	PRACTICAR EXAMENES MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y PARACLÍNICOS PARA CERTIFICAR LA APTITUD PSICOFÍSICA DEL PERSONAL TÉCNICO AERONÁUTICO DE LA REGIONAL NOROCCIDENTE
VALOR	$53.896.000,00
PLAZO	DOSCIENTOS DIEZ (210) DIAS CALENDARIO
CDP	624 20/03/2024
RP	13824 23/04/2024
FECHA LEGALIZACIÓN	06/05/2024
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL, Coordinador Grupo Servicios de Tránsito Aéreo Regional Noroccidente

En la ciudad de Medellín-Antioquia, a los dos (2) días del mes de diciembre de 2024, se reunieron con el fin de recibir a satisfacción la realización de los exámenes médicos objeto del presente contrato: MILTON JAVIER CASTAÑEDA DAZA, identificado con cédula de ciudadanía número 79.895.421 de Bogotá, obrando en calidad de Representante Legal del contratista MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S. y el servidor público CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL**,** identificado con cédula de ciudadanía número 79.583.219 de Bogotá, Supervisor designado por la Entidad para ejercer la vigilancia y control del contrato.

CONDICIONES LEGALES

FECHA ACTA DE INICIO: 6 de mayo de 2024

SUSPENSIONES:

Durante la ejecución del contrato, no hubo Suspensiones

LEVANTAMIENTO DE SUSPENSIONES:

Durante la ejecución del contrato, no hubo Suspensiones

PRÓRROGAS:

Durante la ejecución del contrato, no hubo Prórrogas

ADICIONES EN VALOR:

Durante la ejecución del contrato, no hubo Adiciones en Valor

TERMINACIÓN CONTRACTUAL: 1 de diciembre de 2024

ACTIVIDADES EJECUTADAS

Del 6 de mayo al 31 de junio de 2024

Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	ZEUS ELIECER OSORIO MARIN	15436202	2057592
2	NILSON EDDY FORERO NIAMPIRA	79683610	2058342
3	JAIRO ERNESTO CORDOBA BUENO	11788598	2058464
4	FABIO ARTURO AGUDELO SARRAZOLA	15435579	2057906
5	VLADIMIR CRUZ RODRIGUEZ	79693766	2058343
6	JESUS DAVID SERNA ALZATE	70904203	2058954

Personal Grupo Regional Servicios Información Aeronáutica

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	JOHN JAIRO MESA ALCARAZ	98628340	2058881

Del 1 de julio al 31 de julio de 2024

Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	VIRGILIO MARTINEZ COTE	13499912	2059383
2	WILSON ALEXANDER VEGA AREIZA	98558520	2059411
3	PAULA ANDREA RIAÑO PALACIOS	43260753	2059800
4	CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL	79583219	2059858
5	SANDRA ROCIO CUBILLOS VELASQUEZ	39650163	2059966
6	NUBIA ESPERANZA BRICEÑO PAEZ	39741904	2059992
7	NIDIA VANESSA ARGUELLO CUBILLOS	1000284705	2060282
8	GERMAN FREDDY MARULANDA LOPEZ	98558822	2060435

Del 1 de agosto al 31 de agosto de 2024

Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	SANTIAGO ABRIL CONTRERAS	1015392661	2060933
2	CRISTIAN CAMILO MONSALVE CIFUENTES	1039450937	2060936
3	DIEGO ALEJANDRO CORREA PEÑA	79577349	2060959

Del 1 de septiembre al 30 de septiembre de 2024

Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	JUAN JOSE RINCON CABALLERO	98529131	2061587

2	CRISTHIAN ELIAS ROMERO SANCHEZ	1152461361	2061704
3	IVAN FELIPE PRIETO CARO	1126002294	2061927
4	MARCELA JIMENEZ PACHON	30323362	2062005
5	PAULA ANDREA CARDONA VILLADA	1016111984	2062067
6	JULIAN DAVID ECHAVARRIA ESPINAL	1026159876	2062129
7	SARA ESTEFANIA MUÑOZ SANCHEZ	1070923117	2062187
8	ESTEBAN GAONA ROJAS	1029980228	2062395

Personal Grupo Regional Servicios Información Aeronáutica

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	JOHN JAIRO MESA ALCARAZ	98628340	2061987

Del 1 de octubre al 31 de octubre de 2024

Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	NICOLE JULIANA OSORIO RICO	1036965466	2062131
2	BRIAND ALEJANDRO HOYOS LOPEZ	1017173911	2062618
3	NECTALY JOSE URANGO PESTANA	78690083	2062736
4	CRISTIAN DAVID CARDONA VILLADA	1152452880	2062979
5	JORGE IVAN OSSA GAVIRIA	71367993	2062996
6	SEBASTIAN HERNANDEZ GOMEZ	71363729	2063055
7	JUAN AGUSTIN ESTUPIÑAN ANGARITA	4251220	2063220
8	EDITH YOLANDA ALARCON FIERRO	51787498	2063344
9	CRISTIAN CAMILO MONSALVE CIFUENTES	1039450937	2063350
10	NESTOR VERGARA CABRALES	79601257	2063603

Del 1 de noviembre al 1 de diciembre de 2024

Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	NICOLAS ESTEBAN HERNANDEZ FLOREZ	1036955118	2063934
2	LUZ YANETH MOLINA OVALLE	52551404	2063951
3	MARIA CAMILA GUARIN FRANCO	1036943255	2064049
4	CESAR FRANCISCO JARAMILLO LOZANO	79534455	2064117
5	JAVIER FERNANDO GONZALEZ LARA	79883044	2064194
6	OVIDO MAURICIO CADAVID ARCILA	71382295	2064360
7	ELIAS ROMERO DIAZ	17331887	2064378
8	WILLIAM PORTILLA RODRIGUEZ	79045862	2064421
9	LAURA RINCON GRANDA	1001017054	2064436
10	SANTIAGO SANTAMARIA PEREZ	1037587142	2064498
11	MARLON JAVIER CARRANZA PIÑA	7141389	2064533
12	CESAR HERNANDO CORTES CELIS	11313012	2064593
13	ADRIANA MARIA AGUDELO HENAO	79732393	2064660
14	JUAN CARLOS ROJAS SALGADO	79445713	2064677
15	DAVID VALENCIA RODRIGUEZ	1152226249	2064713
16	JUAN CARLOS ARBELAEZ VALENCIA	15444117	2064730
17	VLADIMIR STIVEN CRUZ SABOGAL	1193090012	2064738
18	MARGARITA MARIA PIEDRAHITA GAVIRIA	42882157	2064789
19	DAVID HERNAN CARDONA SERNA	1036963645	2064819
20	JONATHAN FERNEY CORREA SUAREZ	1016067010	2065042
21	MARCO ANTONIO RODRIGUEZ ACERO	98492989	2065106
22	LAURA ESMERALDA CABRERA LLANOS	1022398599	2065159

Personal Grupo Regional Servicios Información Aeronáutica

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	CERTIFICADO
1	JUAN CAMILO MESA ALCARAZ	1037620814	2063812
2	NEFTALI CARDONA	71584854	2064457
3	SAMARA CARDENAS OSORIO	52431379	2065091
4	NESTOR EDUARDO ARBELAEZ MARIN	80417488	2065092
5	LUZ FANNY SERNA MANRIQUE	43456288	2065094
6	JOHN JAIRO MESA ALCARAZ	98628340	2065340

Durante el desarrollo del Contrato se prestó y se recibió a entera satisfacción la realización de los exámenes médicos objeto del presente contrato cumpliendo con el cronograma establecido.

CONDICIONES FINANCIERAS

VALOR DEL CONTRATO

$53.896.000,00

VALOR FINAL DEL CONTRATO

$45.647.000,00

FORMA DE PAGO:

La Unidad pagará al contratista el cien por cierto (100%) del valor del contrato de la siguiente manera:

Mediante actas de recibo parcial previa presentación de la factura comercial o cuenta de cobro, acompañada del informe con el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato para el respectivo periodo y suscripción del acta de recibo a satisfacción por el contratista y el supervisor del contrato. Cuando el contrato se suscriba con personas jurídicas se debe acreditar el pago de seguridad social y aportes legales mediante certificación suscrita por el Revisor Fiscal, de acuerdo con los requerimientos de Ley, o por el Representante Legal, bajo

la gravedad del juramento, cuando no se requiera Revisor Fiscal, en la que conste el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar.

Cuando el contrato se suscriba con personas naturales se debe acreditar el pago de seguridad social y aportes legales mediante certificación, en la que conste el pago de sus aportes y el de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar, junto con las planillas de pago respectivas.

Cuando el Proponente sea una persona natural sin personal, deberá acreditar el pago de sus aportes descritos cuando a ello haya lugar de acuerdo con la normativa aplicable.

Para el último pago se deben cumplir las condiciones anteriormente señaladas y prórroga de las garantías a que haya lugar, debidamente aprobada por la Unidad.

Notas:

1. La Entidad no se hace responsable por las demoras presentadas en el trámite para el pago al contratista cuando ellas fueren ocasionadas por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no ajustarse a cualquiera de las condiciones establecidas en el Contrato.

2. La Entidad hará las retenciones a que haya lugar sobre cada pago de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

3. Los pagos deberán tramitarse y publicarse a través de la plataforma SECOPII.

4. Para el último pago se deben cumplir las condiciones anteriormente señaladas y prórroga de las garantías a que haya lugar, debidamente aprobadas por la Unidad, cuando a ello hubiere lugar

DESARROLLO FINANCIERO DEL CONTRATO

ANTICIPO:

No hubo Anticipo

ACTAS DE RECIBO PARCIAL

Durante la vigencia del contrato fueron presentadas y tramitadas las siguientes actas:

ACTA No	V/R BRUTO	V/R NETO	V/R IVA	VR OTROS DESCTOS
1._____	$ 6.640.000	$6.640.000	$0	$0
2. _____	$ 5.006.000	$5.006.000	$0	$0
3. _____	$ 2.008.000	$2.008.000	$0	$0
4. _____	$ 4.554.000	$4.554.000	$0	$0
5. _____	$ 7.596.000	$7.596.000	$0	$0
6. _____	$19.843.000	$19.843.000	$0	$0
TOTALES	$45.647.000	$45.647.000	$0	$0

NOTA 1: En caso de contratos de obra u otro que tenga pactado anticipo debe registrarse los datos correspondientes a su valor y amortización.

NOTA 2: El valor de **otros descuentos** corresponde a aquellos valores que le serán descontados al contratista por concepto de sanciones (multas, cláusula penal, entre otros) o de impuestos (Iva, 5% contribución ciudadana, ICA, retefuente).

NOTA3: En el evento que de acuerdo con cada contrato no aplique consignar algún dato o valor debe colocarse una raya o cero según el caso.

VALOR EJECUTADO Y PENDIENTE DE PAGO

A la fecha de la presenta Acta de Recibo Final se le adeuda al contratista el valor de **DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS ($19.843.000,00)**

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 53.896.000		
VALOR DEL CONTRATO ADICIONAL	$ 0		
VALOR CONTRATOS REAJUSTES	$ 0		
VALOR TOTAL EJECUTADO		$ 45.647.000	
VALOR NO EJECUTADO		$ 8.249.000	
VALOR PAGADO			$ 25.804.000
VALOR NO EJECUTADO			$ 8.249.000
VALOR PENDIENTE PAGO			$ 19.843.000
TOTALES	$ 53.896.000	$ 53.896.000	$ 53.896.000

NOTA 1: Los totales deben dar sumas iguales

NOTA 2: En el evento que de acuerdo con cada contrato no aplique consignar algún dato o valor debe colocarse una raya o cero según el caso.

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

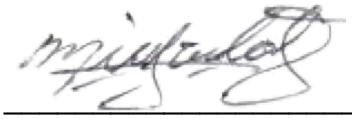
El Supervisor del presente contrato deja constancia que verificó el pago de los aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, de conformidad a las certificaciones de paz y salvo, presentadas por el representante legal del contratista o revisor fiscal, según el caso.

CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN N/A

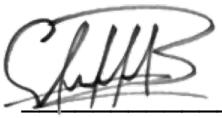
GARANTÍAS

El contratista se compromete a prorrogar o adicionar las garantías contractuales de acuerdo con el Formato 4 Comunicado de Aceptación Oferta Clase de Amparo Cumplimiento, Pago de Salarios, Prestaciones Sociales Legales e Indemnizaciones Laborales, Responsabilidad Extracontractual.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta de recibo final por los que en ella intervinieron.



MILTON JAVIER CASTAÑEDA DAZA
Representante Legal



CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL
Supervisor

Proyectó: Angela Patricia Espinosa Guzmán
Revisó: Carlos Ferney Llanos Bernal

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS 6
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR 6
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO 12

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	**24000559 H3 A DE 2024**
Nombre del Contratista:	**MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.**
Periodo informe:	**1 de noviembre al 1 de diciembre de 2024**
Nombre de Supervisor:	**CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**GRUPO REGIONAL SERVICIOS DE TRANSITO AEREO REGIONAL NOROCCIDENTE**

2. OBJETO DEL CONTRATO

PRACTICAR EXAMENES MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y PARACLÍNICOS PARA CERTIFICAR LA APTITUD PSICOFISICA DEL PERSONAL TÉCNICO AERONÁUTICO DE LA REGIONAL NOROCCIDENTE

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS

PERÍODO: 1 de noviembre al 1 de diciembre de 2024

A. Exámenes realizados al Personal Grupo Regional Servicios de Tránsito Aéreo

NICOLAS ESTEBAN HERNANDEZ FLOREZ

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA
TOTAL 398.000

LUZ YANETH MOLINA OVALLE

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
TOTAL 626.000

MARIA CAMILA GUARIN FRANCO

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG
TOTAL 462.000

CESAR FRANCISCO JARAMILLO LOZANO

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

JAVIER FERNANDO GONZALEZ LARA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

OVIDIO MAURICIO CADAVID ARCILA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

ELIAS ROMERO DIAZ

EXAMEN EN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

WILLIAM PORTILLA RODRIGUEZ

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

LAURA RINCON GRANDA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA
TOTAL 398.000

SANTIAGO SANTAMARIA PEREZ

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIATA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO
TOTAL 1.292.000

MARLON JAVIER CARRANZA PIÑA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

CESAR HERNANDO CORTES CELIS

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
LOGOAUDIOMETRIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA
TOTAL 671.000

ADRIANA MARIA AGUDELO HENAO

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG
TOTAL 462.000

JUAN CARLOS ROJAS SALGADO

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

DAVID VALENCIA RODRIGUEZ

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA
TOTAL 618.000

JUAN CARLOS ARBELAEZ VALENCIA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

VLADIMIR STIVEN CRUZ SABOGAL

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA
TOTAL 398.000

MARGARITA MARIA PIEDRAHITA GAVIRIA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGIA: VALORACIÓN COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGIA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO, PSICOLOGIA AERONAUTICA
TOTAL 1.542.000

DAVID HERNAN CARDONA SERNA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA
TOTAL 618.000

JONATHAN FERNEY CORREA SUAREZ

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG
TOTAL 902.000

MARCO ANTONIO RODRIGUEZ ACERO

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG
TOTAL 516.000

LAURA ESMERALDA CABRERA LLANOS

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG
TOTAL 902.000

B. Exámenes realizados al Personal Grupo Regional Servicios Información Aeronáutica

JUAN CAMILO MESA ALCARAZ

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
TOTAL 552.000

NEFTALI CARDONA

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO
TOTAL 1.292.000

SAMARA CARDENAS OSORIO

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO
TOTAL 1.292.000

NESTOR EDUARDO ARBELAEZ MARIN

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO
TOTAL 1.292.000

LUZ FANNY SERNA MANRIQUE

EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO
TOTAL 1.292.000

JOHN JAIRO MESA ALCARAZ

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA AEROESPACIAL
TOTAL 190.000

VALOR TOTAL $19.843.000,00

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre al 1 de diciembre de 2024, se prestó y se recibió a satisfacción la realización de los exámenes médicos objeto del presente contrato cumpliendo con el cronograma establecido.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS

De acuerdo con el objeto del contrato los exámenes realizados fueron enviados al Grupo Medicina Aeronáutica.

4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS

A los servidores públicos JUAN CAMILO MESA ALCARAZ, JOHN JAIRO MESA ALCARAZ, se les expide el Certificado Médico por 3 meses.

5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR

Circular Informativa No. 003 2022 Requisitos Médicos y Paraclínicos

PROPOSITO

Esta Circular establece los exámenes paraclínicos, las valoraciones médicas y as evaluaciones psicológicas (según edad, tipo de licencia y clase de certificado médico) que se le deben realizar al personal aeronáutica que, para el ejercicio de sus atribuciones, requiera certificado médico aeronáutico.

APLICABILIDAD

ANTECEDENTES

De acuerdo con estudios realizados en el área de medicina aeronáutica de la UAEAC en los años 2015 a 2017, junto con la revisión de literatura médico-científica relacionada con algunas pruebas de tamizaje, y teniendo en cuenta la normatividad vigencia establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para que el Sistema de Seguridad Social lleve a cabos las actividades de detección temprana de patologías, se

realizó actualización de los requisitos médicos y paraclínicos para la certificación aeromédica, mediante la Circular CI-5101-082-001 del 20 de febrero de 2019.

Nuevamente se hace necesario realizar ajustes a los requisitos médicos y paraclínicos para la certificación aeromédica, teniendo en cuenta la sensibilidad y especificidad de los mismos y el papel que juegan en la mitigación del riesgo aeromédico para la seguridad operacional, así como los cambios en la salud humana, y en particular en el campo que nos atañe del personal aeronáutico, como consecuencia de la pandemia por COVID-19.

MATERIA

Teniendo en cuenta los lineamientos de la OACI y los consensos con respecto a condiciones de salud comunes entre el personal de aviación, y que no constituyen causales de no aptitud, se hacen las modificaciones a los requisitos médicos y paraclínicos como aparecen en las tablas que se anexan.

Se suspende la relación del electroencefalograma; solamente se requerirá en caso de que em médico examinador o alguno de los especialistas de su grupo lo considere necesario, para documentas una sospecha clínica.

En todos los casos en que se autorice exámenes como de primera vez para la renovación del certificado médico con más de 2 años de vencimiento, no es necesario realizar radiografía del tórax. De acuerdo con el RAC 67, secciones 67.205 (e) (2), 67.305 (e) (2) y 67.405 (e) (2) que a la letra dicen:
“El primer reconocimiento médico deberá comprender una radiografía de tórax (proyección ántero-posterior y proyección lateral).

Nota: - Habitualmente, las radiografías del tórax no son necesarias en cada examen, pero pueden ser una necesidad en situaciones en que puede presumirse una enfermedad pulmonar asintomática.”
La valoración completa por oftalmología se mantiene para solicitantes de primera vez y para todas las renovaciones en mayores de 65 años.

Par renovación se amplía la periodicidad de la valoración completa por oftalmología a cada 3 a 6 años de acuerdo como se señala en las tablas adjuntas, hasta los 65 años.
En las demás renovaciones de certificado médico tipo anual solamente se requiere evaluación de agudeza visual, refracción, sombras retinoscópicas, queratometría, cover test, motilidad ocular, visión de profundidad y percepción de colores. Esta podrá ser realizada por optómetra u oftalmólogo.

Siempre que se realice la evaluación de percepción de colores debe utilizarse test de Ishihara de 24 láminas.
Cuando el personal aeronáutico presente alteración en la visión de colores debe seguirse el “Protocolo sobre el enfoque de las alteraciones en la visión de color del personal con certificado aeromédico”, aprobado el 20 de diciembre de 2022.

Se suspende la evaluación de neuropsicología para pilotos y controladores de tránsito aéreo.

A partir de los 60 años y con una periodicidad de 2 años, se debe realizar evaluación psicológica para pilotos y para controlares de tránsito aéreo, con exploración de los cinco (5) procesos mentales superiores: atención/concentración, memoria, razonamiento, percepción y lenguaje.

El informe de evaluación psicológica deberá contemplar, como mínimo, los siguientes ítems:

- Datos de identificación del evaluado.
- Antecedentes familiares y personales (anamnesis)
- Aplicación y análisis de batería de pruebas psicológicas estandarizadas, a libre escogencia por el profesional, que explore al menos los (5) procesos mentales superiores: atención/concentración, memoria, razonamiento, percepción y lenguaje.
- Entrevista estructurada de factores humanos orientada al campo aeronáutico.
- Concepto del profesional
- Firma del psicólogo(a).

Teniendo en cuenta la afectación de la salud humana y la necesidad de avaluar posible disminución de la aptitud psicofísica para actividades aeronáuticas como consecuencia de la pandemia por COVID-1, todos los médicos examinadores deberán incluir dentro de su examen aeronáutico lo establecido en la sección 7.2.4 de la circular 5100-082-018 “Salud mental y desempeño humano, en personal aeronáutico, durante la pandemia COVID-19”.

Adicionalmente y sin perjuicio de las directrices emitidas mediante las circulares “Directrices para la Certificación Médica Aeronáutica” y “Procedimiento para Realizar la Evaluación Psicológica al Personal Aeronáutico que Requiera Optar por la Certificación Aeromédica” a todo el personal que, de acuerdo con el examen aeronáutico, sin importar edad o tipo de licencia, el médico examinador considere necesario realizar evaluación psicológica que explore los cinco procesos mentales, esta deberá contemplar, como mínimo, los siguientes Ítems:

- Datos de identificación del evaluado.
- Antecedentes familiares y personales (anamnesis)
- Aplicación y análisis de batería de pruebas psicológicas estandarizadas, a libre escogencia por el profesional, que explore al menos los (5) procesos mentales superiores: atención/concentración, memoria, razonamiento, percepción y lenguaje.
- Entrevista estructurada de factores humanos orientada al campo aeronáutico.
- Concepto del profesional
- Firma del psicólogo(a).

Cuando el personal aeronáutico presente uno o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y/o condiciones de salud comunes y que no constituyen causales de no aptitud, el médico examinador debe seguir el “Protocolo sobre seguimiento de factores de riesgo y patologías comunes en personal con certificación médica aeronáutica”.
Durante el proceso de evaluación médica aeronáutica, el médico examinador debe:

- Advertir al personal de tripulación de cabina de mando que, en caso de requerir uso de máscara de oxígeno, esta no funciona adecuadamente sobre barba o vello facial grueso.
- Anotar en el campo de limitaciones, en el certificado médico, de cualquier solicitante con deterioro auditivo (pérdida mayor de 20 decibles en cualquier frecuencia): “Debe utilizar protección auditiva”.
- Registrar en el campo de limitaciones, en el certificado médico, de cualquier solicitante con trastorno refractivo, el requerimiento de uso de lentes correctores que corresponda.

- Se debe recomendar a todo el personal aeronáutico según corresponda, realizarse exámenes de tamizaje para función tiroidea, cáncer de seno, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, cáncer de colon, etc., de acuerdo con las guías emitidas por el Ministerio de Salud.
- Adjuntar el "Informe aptitud psicofísica personal FFAA para optar por certificado médico" debidamente diligenciado, en los casos del personal de las Fuerzas Militares o de Policía que ingrese a sector civil como personal aeronáutico por primera vez.
- De acuerdo con lo establecido en la sección 67.020 (d) del RAXC 67:
  "Nota. – El certificado médico clase 1 da cobertura a los certificados médicos de clase 2 y 3, y el certificado médico de clase 2 da cobertura al de clase 3. Por ejemplo, el poseedor de un certificado médico clase 1, puede ejercer las atribuciones de una licencia que requiere un certificado médico clase 2."

Se adjuntas las nuevas tablas de requisitos médicos y paraclínico según edad y tipo de licencia técnica del aspirante.

VIGENCIA

La presente CI cancela, revoca o super sede la CI 5104 – 082 – 001 Versión 2 del 20/02/2019 y a partir de la publicación de esta, se recomienda seguir los procedimientos aquí indicados.

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL AERONÁUTICA CIVIL
SECRETARÍA DE AUTORIDAD AERONÁUTICA
GRUPO DE FACTORES HUMANOS, EDUCACIÓN Y CERTIFICACIÓN AEROMÉDICA

TABLA N° 1 DE REQUISITOS MÉDICOS Y PARACLÍNICOS

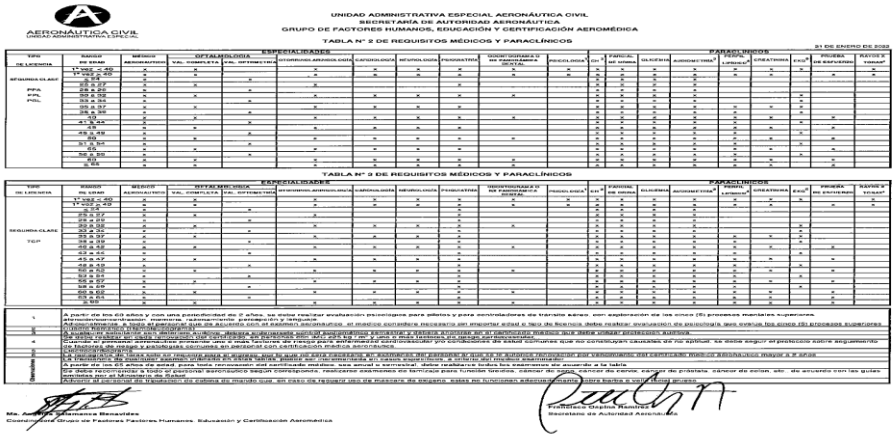
21 DE ENERO DE 2022

TIPO DE LICENCIA	RANGO DE EDAD	ESPECIALIDADES										PARACLÍNICOS								
		MÉDICO AERONAUTICO	OFTALMOLOGÍA VAL. COMPLETA	OFTALMOLOGÍA VAL. OPTOMETRA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	CARDIOLOGÍA	NEUROLOGÍA	PSIQUIATRÍA	ODONTOGRAMA O RX PANORÁMICA DENTAL	PSICOLOGÍA	CH [2]	PARCIAL DE ORINA	GLICEMIA	AUDIOMETRÍA[3]	PERFIL LIPÍDICO[4]	CREATININA	EKG[5]	PRUEBA DE ESFUERZO	RAYOS X TÓRAX[6]
PRIMERA CLASE	11 ×02 a 40	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
	11 ×02 a 40	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	≤ 24	x		x							x	x	x	x					
	25	x	x		x			x			x	x	x	x					
	25 a 29	x		x							x	x	x	x					
PCA	30	x	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x			x		
PTL	31	x		x							x	x	x	x					
PCH	32	x		x							x	x	x	x			x		
	33	x		x							x	x	x	x					
	34	x		x							x	x	x	x			x		
	35	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x	x	x			
	36	x		x							x	x	x	x	x		x		
	37	x		x							x	x	x	x	x				
	38	x		x							x	x	x	x	x		x		
SEGUNDA CLASE	39	x		x							x	x	x	x	x				
	40	x	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x
APA	41 a 44	x		x							x	x	x	x			x		
IDV	45	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x	x	x			x
NDV	46 a 49	x		x							x	x	x	x	x		x		
	50	x	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x		x			x
	51 a 54	x		x							x	x	x	x	x		x		
	55	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x		x			x
	56 a 59	x		x							x	x	x	x	x		x		
	60	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x
	61 a 64	x		x							x	x	x	x	x		x		
	≥ 65	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x

1	A partir de los 60 años y con una periodicidad de 2 años, se debe realizar evaluación psicológica para pilotos y para controladores de tránsito aéreo, con exploración de los cinco (5) procesos mentales superiores: atención/concentración, memoria, razonamiento, percepción y lenguaje Adicionalmente, a todo el personal que de acuerdo con el examen aeronáutico, el médico considere necesario sin importar edad o tipo de licencia debe realizar evaluación de psicología que evalúe los cinco (5) procesos superiores
2	Cuadro hemático (Hemograma)
3	A cualquier solicitante con deficiencia auditiva, deberá ordenársele control audiométrico sectorial y deberá anotarse en el certificado médico que debe utilizar protección auditiva
4	Se debe realizar en cada renovación del certificado, en personas con IMC ≥26 kg / m^2 y uno o más factores de riesgo cardiovascular
	Cuando el personal aeronáutico presente uno o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y/o condiciones de salud comunes que no constituyan causales de no aptitud, se debe seguir el protocolo sobre seguimiento de factores de riesgo y patologías comunes en personal con certificación médica aeronáutica.
5	Electrocardiograma
6	La radiografía de tórax solo se requiere para el ingreso, por lo que no será necesaria en exámenes del personal al que se le autorice renovación por vencimiento del certificado médico aeronáutico mayor a 2 años
Observaciones	La frecuencia de cualquier examen indicado en estas tablas, puede ser incrementada en casos específicos, a criterio del médico examinador A partir de los 65 años de edad, para toda renovación del certificado médico, esa anual o semestral, debe realizarse todos los exámenes de acuerdo a la tabla Así debe recomendar a todo el personal aeronáutico según corresponda, realizarse exámenes de tamizaje para función tiroidea, cáncer de seno, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, cáncer de colon, etc., de acuerdo con las guías emitidas por el Ministerio de Salud Advertir al personal de tripulación de cabina de mando que, en caso de requerir uso de máscara de oxígeno, estas no funcionan adecuadamente sobre barba o vello facial grueso

Ma. Angela [illegible] Benavides
Coordinadora Grupo de Factores Factores Humanos, Educación y Certificación Aeromédica

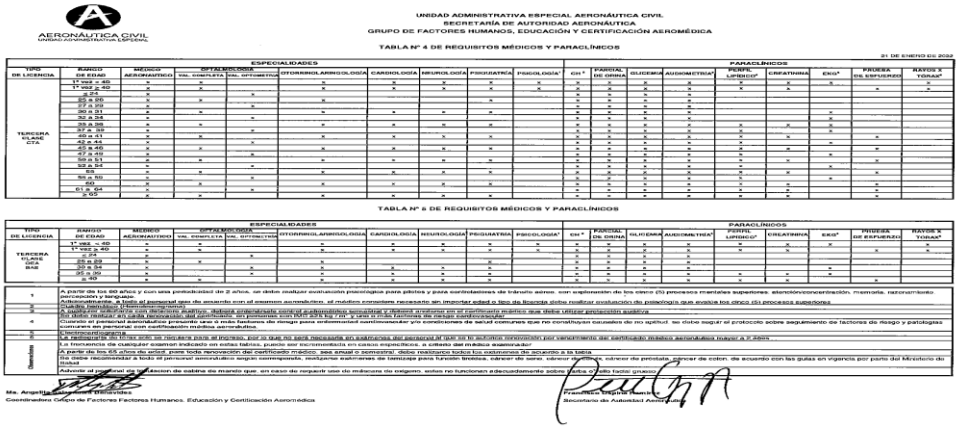
Francisco Ospina Navarro
Secretario de Autoridad Aeronáutica



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL AERONÁUTICA CIVIL
SECRETARÍA DE AUTORIDAD AERONÁUTICA
GRUPO DE FACTORES HUMANOS, EDUCACIÓN Y CERTIFICACIÓN AEROMÉDICA

TABLA N° 2 DE REQUISITOS MÉDICOS Y PARACLÍNICOS

TABLA N° 3 DE REQUISITOS MÉDICOS Y PARACLÍNICOS



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL AERONÁUTICA CIVIL
SECRETARÍA DE AUTORIDAD AERONÁUTICA
GRUPO DE FACTORES HUMANOS, EDUCACIÓN Y CERTIFICACIÓN AEROMÉDICA

TABLA N° 4 DE REQUISITOS MÉDICOS Y PARACLÍNICOS

TABLA N° 5 DE REQUISITOS MÉDICOS Y PARACLÍNICOS

5.1. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	NO
2	Tipo de riesgo	NO APLICA
3	¿Cómo se materializó el riesgo?	NO APLICA
4	¿Cómo se mitigó el riesgo?	NO APLICA
5	¿Fue oportuna la mitigación?	NO APLICA
OBSERVACIONES:		

5.2. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST

5.2.1. EXAMEN OCUPACIONAL

¿CUENTA CON EL EXAMEN PREOCUPACIONAL VIGENTE?	
SI	**NO**
NO APLICA	**NO APLICA**
¿FUE ENTREGADA LA COPIA DEL EXAMEN A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SRH-GSST?	
SI	**NO**
NO APLICA	**NO APLICA**

En caso de ser afirmativas las anteriores respuestas, por favor diligencie la siguiente información:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN	**FECHA DE VENCIMIENTO DEL EXAMEN**

5.2.2. CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

¿ASISTIÓ A LA CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	
SI	**NO**
NO APLICA	**NO APLICA**
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	
NO APLICA	

5.3. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	**PUBLICACIÓN EN SECOP II**	
	SI	**NO**
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	

NOTA: este cuadro deberá ser diligenciado a partir del **momento en que la Dirección Administrativa informe.**

6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO

6.1. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS

El porcentaje ejecutado del contrato en mención es de 84,69% hasta el 1 de diciembre de 2024.

Tiempo:	**210 días**	**100,00%**
Valor:	**$45.647.000**	**84,69%**
Pagos:	**$25.804.000**	**47,87%**

6.2. AVANCE EN EL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTO DE LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS

El porcentaje ejecutado del contrato en mención es de 100% hasta el 1 de diciembre de 2024.

Todos los exámenes fueron realizados y enviados por el contratista al Grupo Medicina Aeronáutica.

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.

CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL
79.583.219
Supervisor

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 Diciembre / 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		$ 25.804.000,00	$ 28.092.000,00

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	MA5565	06-dic-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

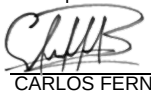
Vigencia presupuestal: Vigencia Actual

No. Compromiso presupuestal / RP 1	13824
Código rubro presupuestal a afectar	**Valor Total (Incluido IVA)**
C-2403-0600-51-52104E-2403085-02	$ 19.843.000,00
Total a pagar:	**$ 19.843.000,00**

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

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

3202.2024

Rionegro, 2 de diciembre de 2024

ACTA DE RECIBO A SATISFACCION

EL SUPERVISOR DE LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

No. 24000559 H3 A DE 2024

Por medio de la presente y de acuerdo con el informe del 1 de noviembre al 1 de diciembre de 2024, presentando por parte de MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S. identificado con Nit No. 901301356-7, certifico que recibí a satisfacción el objeto contractual de la contratación No. 24000559 H3 A DE 2024.

Por lo tanto, se autoriza el pago de la cuenta de Acta Recibo Final, que corresponde al periodo comprendido entre el 1 de noviembre al 1 de diciembre de 2024, por un valor de DIECINUEVE MILLONES OHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL PESOS ($19.843.000,00).

Se deja constancia que de acuerdo con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y lo estipulado en el artículo 27 del Decreto 2170 de 2002, el Supervisor certifica que se encuentra a paz y salvo por concepto de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

Para constancia, se firma el 2 de diciembre de 2024.

CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL
Supervisor

AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

3202.2024

Rionegro, 2 de diciembre de 2024

En calidad de Supervisor designado del Contrato No. **24000559 H3 A DE 2024**, me permito hacer constar que el contratista MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S., de acuerdo con el comprobante presentado se encuentra a paz y salvo en el Pagos de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

Atentamente,



CARLOS FERNEY LLANOS BERNAL
Supervisor

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-20, 08:37:21 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD
NIT	NI 901301356
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	74225767
Tipo de Planilla	E
Número Transacción Bancaria/ CUS	1065457976
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 668.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 173.500	$ 800
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 289.000	$ 1.300
N800088702	EPS010	EPS SURA	2	$ 89.700	$ 400
N890903790	14-11	ARL SURA	2	$ 23.500	$ 100
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	2	$ 89.700	$ 400
		SubTotales:		$ 665.400	$ 3.000
		Total a Pagar:			$ 668.400

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PARA PERSONAL NATURAL

Yo _____ identificado (a) con c.c _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y/o el de mis empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016),

[En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo. En este evento el oferente deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de selección]

ESTA PREVISIONES APLICAN PARA LAS PERSONAS NATURALES EXTRANJERAS CON DOMICILIO EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

En virtud de lo señalado en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, (Marcar con X) manifiesto que como persona natural empleadora me encuentro exonerada de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes de que trata este inciso.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de firma del Contrato no tuve personal a cargo y por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social.

PARA PERSONAS JURÍDICAS

Yo, Milton Javier Castañeda Daza, identificado con Cedula de Ciudadanía No 79895421, en mi condición de Representante Legal de MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL IPS SAS identificada con Nit 901301356-7 , certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. (Cuando aplique)

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002. (Cuando aplique)

[En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución como sigue:

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía a partir de [fecha de constitución]. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[En caso de presentar acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá precisar el valor y el plazo previsto para el acuerdo de pago, con indicación del cumplimiento de esta obligación, caso en el cual deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de contratación]

LA ANTERIOR PREVISIÓN APLICA PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS EXTRANJERAS CON DOMICILIO O SUCURSAL EN COLOMBIA LAS CUALES DEBERÁN ACREDITAR ESTE REQUISITO RESPECTO DEL PERSONAL VINCULADO EN COLOMBIA.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto

sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS Y, NO SE INCLUIRÁ LA EXPRESIÓN "BAJO JURAMENTO". CUANDO LA FIRME EL REPRESENTANTE LEGAL DEBERÁ CONTENER ESTA EXPRESIÓN

Nota: Para los Proponentes Plurales cada uno de los integrantes debe suscribir por separado la declaración de la que tratan los anteriores numerales. Adicionalmente, el Proponente adjudicatario debe presentar, para la suscripción del respectivo Contrato, ante la dependencia respectiva, la declaración donde acredite el pago correspondiente a seguridad social y aportes legales cuando a ello haya lugar.

Dada en Medellín al (06) sexto día del mes de diciembre de 2024

MILTON JAVIER CASTAÑEDA DAZA
Nombre y firma (persona natural o representante legal
CC 79895421

_____
Nombre y firma (Revisor fiscal o contador cuando aplique)
CC

MAISO IPS
MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S. - NIT 901301356-7
CR 48 19 A 40 CS 1209, Medellín, Antioquia, C.P. 050021
Tel: +57 3242248067
contabilidad@maisoips.com ; https://www.maisoips.com/

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. MA5565
No responsable de IVA

SEÑOR(ES)	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL		**FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)**
DIRECCIÓN	Colombia		06/12/2024
			FECHA DE VENCIMIENTO
TELÉFONO		**NIT** 899999059-3	06/12/2024

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 85121610	Servicio	$90.000	1		$90.000,00
2	< 24, 27 A 29: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	Servicio	$398.000	3		$1.194.000,00
3	32 A 34: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG	Servicio	$462.000	3		$1.386.000,00
4	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMET	Servicio	$516.000	11		$5.676.000,00
5	25 A 26 EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	Servicio	$618.000	2		$1.236.000,00
6	30 A 31: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORIN	Servicio	$902.000	2		$1.804.000,00
7	40 a 41, 45 a 46, 50 a 51, 55, 65: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGIA: VALORACIÓN COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGIA,CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA,PSIQUIAT	Servicio	$1.292.000	5		$6.460.000,00

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

Autorización de numeración de facturación N°18764063442311 de 2024-01-09 Modalidad Factura Electrónica Desde N° MA5001 hasta MA7000 con vigencia hasta 2025-01-09

Representación gráfica de factura de venta electrónica

MAISO IPS
MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S. - NIT 901301356-7
CR 48 19 A 40 CS 1209, Medellín, Antioquia, C.P. 050021
Tel: +57 3242248067
contabilidad@maisoips.com ; https://www.maisoips.com/

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. MA5565
No responsable de IVA

SEÑOR(ES)	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL		**FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)**
DIRECCIÓN	Colombia		06/12/2024
			FECHA DE VENCIMIENTO
TELÉFONO		**NIT** 899999059-3	06/12/2024

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
8	60, > 65: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGIA: VALORACIÓN COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGIA,CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA,PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA	Servicio	$1.542.000	1		$1.542.000,00
9	LOGOAUDIOMETRIA	Servicio	$65.000	1		$65.000,00
10	CONSULTA ESPECIALISTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA - 85121503	Servicio	$90.000	1		$90.000,00
11	CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA - 85121603	Servicio	$190.000	1		$190.000,00
12	CONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA - 85121603	Servicio	$110.000	1		$110.000,00

Moneda: COP
Generado: 2024-12-06 13:21:05-05:00
Validación DIAN: 2024-12-06 13:22:06-05:00

Tipo de operación: Estándar Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Transferencia débito

Correo Emisor: dianacgutierrez@maisoips.com
#$24-12-00-300;24000559H3ADE2024;carlos.llanos@aerocivil.gov.co#$

CUFE: 6e05a69d69ae5cb8bec7aa60c0fc9ff6361e5f522407dac1df4698baad2416c07f4e238c26ce929c71786bc14069419c

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	$19.843.000,00
Total	$19.843.000,00

Total de lineas: 12

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N°18764063442311 de 2024-01-09 Modalidad Factura Electrónica Desde N° MA5001 hasta MA7000 con vigencia hasta 2025-01-09

Representación gráfica de factura de venta electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S - Software: Alegra - NIT 900.559.088-2

RELACION DE PACIENTES FACTURA No. MA5565

DOC NUMERO	TIPO DOC	NOMBRE PACIENTE	SERVICIO	SUBTOTAL
1037620814	CC	JUAN CAMILO MESA ALCARAZ	32: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG	462.000
1037620814	CC	JUAN CAMILO MESA ALCARAZ	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	90.000
1036955118	CC	NICOLAS ESTEBAN HERNANDEZ FLOREZ	< 24, 27 A 29: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	398.000
79883044	CC	JAVIER FERNANDO GONZALEZ LARA	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
52551404	CC	LUZ YANETH MOLINA OVALLE	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
52551404	CC	LUZ YANETH MOLINA OVALLE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	110.000
1036943255	CC	MARIA CAMILIA GUARIN FRANCO	32 A 34: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG	462.000
17331887	CC	ELIAS ROMERO SANCHEZ	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
1037587142	CC	SANTIAGO SANTAMARIA PEREZ	40 a 41, 45 a 46, 50 a 51, 55, 65: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIATA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO	1.292.000
79534455	CC	CESAR FRANCISCO JARAMILLO LOZANO	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
7141389	CC	MARLON JAVIER CARRANZA PIÑA	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
71382295	CC	OVIDIO MAURICIO CADAVID ARCILA	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
79045862	CC	WILLIAM PORTILLA RODRIGUEZ	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
1001017054	CC	LAURA RINCON GRANDA	< 24, 27 A 29: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	398.000
79445713	CC	JUAN CARLOS ROJAS SALGADO	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
1036940070	CC	ADRIANA MARIA AGUDELO HENAO	32 A 34: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG	462.000
1036963645	CC	DAVID HERNAN CARDONA SERNA	25 A 26 EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	618.000
1193090012	CC	VLADIMIR STIVEN CRUZ SABOGAL	< 24, 27 A 29: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION OPTOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	398.000
1152226249	CC	DAVID VALENCIA RODRIGUEZ	25 A 26 EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA	618.000
71584854	CC	NEFTALI CARDONA	> 40: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO	1.292.000

42882157	CC	MARGARITA MARIA PIEDRAHITA GAVIRIA	60 EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGIA: VALORACIÓN COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGIA,CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA,PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO, PSICOLOGIA AERONAUTICA	1.542.000
15444117	CC	JUAN CARLOS ARBELAEZ VALENCIA	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
11313012	CC	CESAR HERNANDO CORTES CELIS	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
11313012	CC	CESAR HERNANDO CORTES CELIS	LOGOAUDIOMETRIA	65.000
11313012	CC	CESAR HERNANDO CORTES CELIS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	90.000
98492989	CC	MARCO ANTONIO RODRIGUEZ ACERO	37 A 39, 42 A 44, 47 a 49, 52 a 54, 56 A 59: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION AUDIOMETRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	516.000
1016067010	CC	JONATHAN FERNEY CORREA SUAREZ	30 A 31: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG	902.000
1022398599	CC	LAURA ESMERALDA CABRERA LLANOS	30 A 31: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, EKG	902.000
52431379	CC	SAMARA CARDENAS OSORIO	> 40: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO	1.292.000
43456288	CC	LUZ FANNY SERNA MANRIQUE	> 40: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO	1.292.000
80417488	CC	NESTOR EDUARDO ARBELAEZ MARIN	> 40: EXAMEN MEDICO AERONAUTICO, OFTALMOLOGÍA: VALORACION COMPLETA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, CH, PARCIAL DE ORINA, GLICEMIA, AUDIOMETRIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, PRUEBA DE ESFUERZO	1.292.000
98628340	CC	JHON JAIRO MESA ALCARAZ	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA AEROESPACIAL	190.000
			VALOR TOTAL A PAGAR	**$ 19.843.000**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141136669709

(415)7707212489984(8020) 000014113666970 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 0 1 3 5 6	7	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.	MAISO I.P.S. S.A.S.

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 48 19 A 40 CS 1209

42. Correo electrónico contabilidad@maisoips.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 4 2 2 4 8 0 6 7	3 0 1 5 7 2 9 1 1 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 9 0 7 0 4	8 6 9 1	2 0 1 9 0 7 0 4					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	1	6	4	2	5	2	5	5														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 5 61. Fecha 2024 - 10 - 11 / 15 : 11: 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAMACHO GRISALES JOSE HUMBERTO

985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141136669709

(415)7707212489984(8020) **000014113666970 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 0 1 3 5 6	7	Impuestos de Medellín 1 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 9 0 7 0 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 9 0 7 1 0	
77. No. Matrícula mercantil	2 1 6 5 1 9 4 1 1 2	
78. Departamento	0 5	
79. Ciudad/Municipio	0 2 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 9 0 7 0 4
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 9 0 7 0 4		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
2		5 2 4 2 3 1 8 5	9

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

GUTIERREZ MONSALVE DIANA CAROLINA

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141136669709

(415)7707212489984(8020) **000014113666970 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 0 1 3 5 6	7	Impuestos de Medellín 1 1	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 3 1 0 3 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 8 9 5 4 2 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CASTAÑEDA	DAZA	MILTON	JAVIER

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141136669709

(415)7707212489984(8020) **000014113666970 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 0 1 3 5 6	7	Impuestos de Medellín 1 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 2 7 8 8 0 9	1	2 9 8 8 1 4 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GARCIA	PANIAGUA	DEISSY	JOHANNA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 2 0 7 0 7

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141136669709

(415)7707212489984(8020) **000014113666970 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 3 0 1 3 5 6	7	Impuestos de Medellín 1 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1	

162. Nombre del establecimiento: MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1	

165. Dirección: CR 48 19 A 40 CS 1209

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 1 6 8 6 1 4 7 0 2	2 0 1 9 0 7 1 0	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
6 0 4 3 4 9 0 0 4 8		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO