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. 2
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. 3
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 4

CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato: 24000577 H3 DE 2024
Nombre del Contratista: EDGARDO MAURICIO DIAZ BORELLY
Periodo informe: 01 de agiosto al 31 de diciembre de 2024
Nombre de Supervisor: RAUL ALBERTO CASTELLANOS MARTINEZ
Área perteneciente: Dirección Administrativa y financiera Regional norte

1. OBJETO DEL CONTRATO

PRACTICAR EXAMENES MEDICOS Y CERTIFICACION AEROMEDICAS DEL PERSONAL DEL GRUPO ATS, AIM Y SEI DE LOS AEROPUERTOS REGIONAL NORTE

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

2.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Periodo: 01 DE JULIO AL 31 DE JULIO DE 2024		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1.Realizar exámenes MEDICOS PARA CERTIFICACION AEROMEDICAS para los funcionarios grupos ATS AIM	El contratista realiza los examenes médicos correspondiente a la programación según requerimiento por vencimiento de licencias en el mes de	Secop II Formato 36 solicitud de cotización, formato 1A estudios previos ,formato 7propuesta económica.

y SEI de la Regional Norte El contratista debe cumplir y ejecutar el contrato, según las especificaciones técnicas, RAC 67, Apéndice 1, numeral 67.A.010, literales (d) y (f	Agosto al mes de diciembre, en total se realizaron 76 exámenes del personal AIM y ATS	

OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

(1) Determinar si el examinado reúne o no los requisitos de la aptitud psicofísica, de acuerdo con la licencia técnica a la cual aspira o posee, de conformidad con lo previsto en el RAC 67.

(2) Expedir, renovar o negar una Certificación médica conforme a lo estipulado en el párrafo anterior.

(3) Remitir a la dependencia de medicina aeronáutica de la UAEAC al examinado que no reúna los requisitos previstos en el RAC 67. Esta remisión deberá ser de carácter inmediato e incluirá todos los exámenes clínicos y paraclínicos que hayan sido realizados por el Médico examinador y su grupo de trabajo.

(4) Expedir el duplicado de una Certificación médica, únicamente cuando haya sido autorizado por la dependencia de medicina aeronáutica de la UAEAC, previa presentación de prueba de la pérdida ante autoridad competente, e informar tal situación a la dependencia de medicina aeronáutica de la UAEAC.

(5) Renovar un certificado médico cuyo vencimiento sea mayor de dos (2) años, únicamente cuando haya sido autorizado por la dependencia de medicina aeronáutica de la UAEAC **PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:**

No Aplica

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	A SATISFACCIÓN	
			SI	NO

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

NINGUNO

2. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

NINGUNO

a. 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:		

b. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST

5.2.1 EXAMEN OCUPACIONAL

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

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
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II SI	NO
1	X	
2		
3		

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

3. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

CONTRATO 24000725 H3 2024			$116.402.000,00	**PORCENTAJE**
CUENTAS	**VALOR**	**PAGOS**	**SALDO CTO**	**EJECUCION VR.**
Factura 1	**11.924.000**	**11.924.000**	**104.478.000**	**10.24**
Factura 2	**17.335.000**	17.335.000	**87.143.000**	**25%**
Factura 3	**86.793.000**		**86.793.000**	**99.6%**

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

CONTRATO 24000577 H3		
CUENTAS	**%**	**SALDO**
Cuenta 1	**10.2**	
Cuenta 2	**14.8**	
Cuenta 3	**99.6**	

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.



RAUL ALBERTO CASTELLANOS MARTINEZ

SUPERVISOR

NOTA: SI EL SUPERVISOR DEL CONTRATO REQUIERE AÑADIR CAMPOS PARA RENDIR SU INFORME PUEDE HACERLO.