

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG. 1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 1

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

Me permito enviar a Usted para el respectivo pago, formato diligenciado y verificado.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ

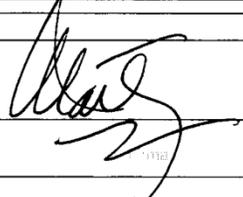
Documento de Identificación: 38.562.173

No. de Contrato: 1-06-03-94-2015 Valor a pagar: \$ 4.300.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verificación	SERVICIOS	Casilla de Verificación
Informe de Supervisión (Original)	<input type="checkbox"/>	Informe de Supervisión (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>
Formato Ingreso Almacén (Original)	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la EPS (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la AFP (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la ARL (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	<input type="checkbox" value="NA"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox" value="NA"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox" value="NA"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox" value="NA"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:



¹ Los Documentos soportes de pago deben reposar en la carpeta del Contrato.
² Para pagos de Anticipo o Pago Anticipado se debe anexar pago de Seguridad Social o certificado

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 1 de 1

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<input type="text" value="NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="38.562.173"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-94-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="01/10/2015"/>	al <input type="text" value="30/10/2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):

1. Realización de consultas médicas: se atiende 194 consultas médicas externas, 1 urgencias.
2. 12 Consultas de anticoncepción

3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:

SI X NO

4. CONTRATISTA:

<p>NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ C.C. 38.562.173</p>	
---	--

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<input type="text" value="NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ"/>
Documento de Identificación:	<input type="text" value="38.562.173"/>
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="Prestación de Servicios"/> No. de Contrato: <input type="text" value="1-06-03-94-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="01/10/2015"/> al <input type="text" value="30/10/2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Unidad de bienestar universitario en el fortalecimiento del talento humano y el bienestar universitario a través del desarrollo de la promoción y prevención de la salud en el medio ambiente universitario.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
Hasta diciembre 31 de 2015

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia ➤ Poner al servicio de la Institución toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato ➤ Desarrollar la promoción de la salud en el ambiente universitario para alcanzar una cultura de auto cuidado y prevención de riesgos profesionales, a través de la atención de consultas medicas a estudiantes y personal administrativo, la coordinación de las brigadas de emergencia y el plan de emergencia y evacuación para la Institución dentro de la parte académica ➤ Realizar consulta médica de urgencia a la comunidad universitaria. ➤ Llevar registro de los pacientes atendidos. ➤ Apoyar las actividades de salud organizadas por la Coordinación de Bienestar Universitario. ➤ Contribuir con los programas de promoción y prevención para la comunidad universitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100%

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendió 194 consultas médicas prioritarias y externas, 1 urgencias ➤ Atendió 912consultas de planificación familiar.

5. SOPORTE PARA PAGO:
El contratista presentó: Informe de Actividades: <input checked="" type="checkbox"/> Pagos Seguridad Social: <input checked="" type="checkbox"/>
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: <input type="checkbox"/> Ingreso al almacén <input type="checkbox"/> Certificación cumplimiento pagos seguridad social <input type="checkbox"/>

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato + otro si:	\$38.164.000
Valor a Pagar:	\$4.300.000
Valor Ejecutado:	\$29.564.000
Valor por Ejecutar:	\$8.600.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:
MARIA ISABEL ANDRADE C.C.29.184.675
 <small>Firma</small>

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 1

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

Me permito enviar a Usted para el respectivo pago, formato diligenciado y verificado.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ

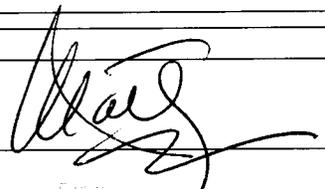
Documento de Identificación: 38.562.173

No. de Contrato: 1-06-03-94-2015 Valor a pagar: \$ 4.300.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO	
COMPRAS Y SUMINISTRO	SERVICIOS
Casilla de Verificación	Casilla de Verificación
Informe de Supervisión (Original)	Informe de Supervisión (Original)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Formato Ingreso Almacén (Original)	Constancia de pago de la EPS (Copia)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social	Constancia de pago de la AFP (Copia)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	Constancia de pago de la ARL (Copia)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
RUT (Primer Pago)	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda
<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="NA"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	RUT (Primer Pago)
<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="NA"/>
	Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹
	<input type="text" value="NA"/>
	Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²
	<input type="text" value="NA"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE
C.C.29.184.675



 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 1 de 1

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:

Documento de Identificación:

No. de Contrato:

Periodo de ejecución de la actividad: Del al

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):

1. Realización de consultas médicas: se atiende 180 consultas médicas externas, 0 urgencias.
2. 28 Consultas de anticoncepción
3. 70 Aperturas de Historias Clínicas
4. Charla de Salud sexual y Reproductiva y presentación de servicio médico en inducción

3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:

SI NO

4. CONTRATISTA:



NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ
 C.C. 38.562.173

 Firma

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MORA SANCHEZ NATALIA INES		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 24b N2-76		CALI-VALLE		3764950		No	
CC 38562173		MORA SANCHEZ NATALIA INES		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 24b N2-76		CALI-VALLE		3764950		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco						
2015-07	44504974	844504974	1	1	2015/07/15	2015/07/10	BANCO AV VILLAS			0		\$499,200	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$275,200	\$0	\$0	\$275,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$275,200	\$0	\$0	\$275,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,000	\$0	\$0	\$9,000	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$9,000	\$0	\$0	\$9,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$215,000	\$0	\$0	\$215,000	
SALUDCOOP	EPS013	800,250,119	1	1	\$215,000	\$0	\$0	\$215,000	
TOTAL				1	\$499,200	\$0	\$0	\$499,200	

PAGADO

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 38562173		MORA SANCHEZ NATALIA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24b N2-76	CALI-VALLE	3764950	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2015-07	844504974	I	2015/07/15	2015/07/10	BANCO AV VILLAS	0	\$499,200		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																				
No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES					
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,720,000			\$275,200			\$1,720,000			\$0			\$9,000			\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,720,000			\$275,200			\$1,720,000			\$0			\$9,000			\$0		
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)			\$1,720,000			\$275,200			\$1,720,000			\$0			\$9,000			\$0		
1	CC 38562173	MORA NATALIA	230301	30	\$1,720,000	\$275,200	EP5013	30	\$1,720,000	0	14-25	30	\$0	\$0	\$9,000	0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,720,000	\$275,200			\$1,720,000			\$0		\$0	\$9,000			\$0		\$0

PAGADO

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	<input type="text" value="NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="38.562.173"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="Prestación de Servicios"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-94-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="01/07/2015"/>	al	<input type="text" value="31/07/2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Unidad de bienestar universitario en el fortalecimiento del talento humano y el bienestar universitario a través del desarrollo de la promoción y prevención de la salud en el medio ambiente universitario.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
Hasta diciembre 31 de 2015

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:	
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia ➤ Poner al servicio de la Institución toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato ➤ Desarrollar la promoción de la salud en el ambiente universitario para alcanzar una cultura de auto cuidado y prevención de riesgos profesionales, a través de la atención de consultas medicas a estudiantes y personal administrativo, la coordinación de las brigadas de emergencia y el plan de emergencia y evacuación para la Institución dentro de la parte académica ➤ Realizar consulta médica de urgencia a la comunidad universitaria. ➤ Llevar registro de los pacientes atendidos. ➤ Apoyar las actividades de salud organizadas por la Coordinación de Bienestar Universitario. ➤ Contribuir con los programas de promoción y prevención para la comunidad universitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100%

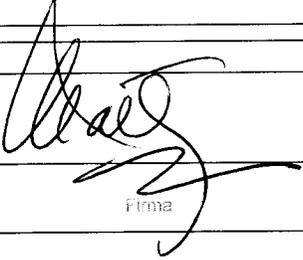
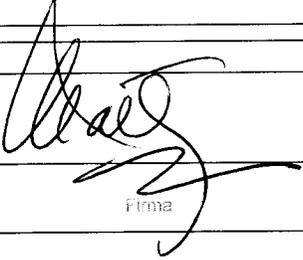
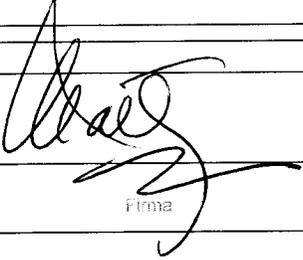
4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendió 86 consultas médicas prioritarias y externas, 2 urgencias ➤ Atendió 12 consultas de planificación familiar.

5. SOPORTE PARA PAGO:
El contratista presentó: Informe de Actividades: <input checked="" type="checkbox"/> Pagos Seguridad Social: <input checked="" type="checkbox"/>
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: <input type="checkbox"/> Ingreso al almacén <input type="checkbox"/> Certificación cumplimiento pagos seguridad social <input type="checkbox"/>

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato + otro si:	\$38.164.000
Valor a Pagar:	\$4.300.000
Valor Ejecutado:	\$16.664.000
Valor por Ejecutar:	\$21.500.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>MARIA ISABEL ANDRADE C.C.29.184.675</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;">  Firma </td> </tr> </table>	<p>MARIA ISABEL ANDRADE C.C.29.184.675</p>	 Firma
<p>MARIA ISABEL ANDRADE C.C.29.184.675</p>	 Firma	

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 1

Fecha: Día Mes Año

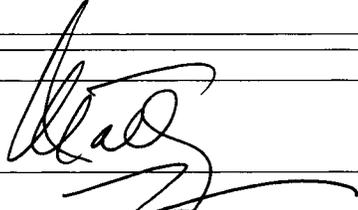
Para:

De:

Me permito enviar a Usted para el respectivo pago, formato diligenciado y verificado.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<u>NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ</u>
Documento de Identificación:	<u>38.562.173</u>
No. de Contrato:	<u>1-06-03-94-2015</u> Valor a pagar: \$ <u>3.091.000</u>

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO			
COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verificación	SERVICIOS	Casilla de Verificación
Informe de Supervisión (Original)	<input type="checkbox"/>	Informe de Supervisión (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>
Formato Ingreso Almacén (Original)	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la EPS (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la AFP (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la ARL (Copia)	<input checked="" type="checkbox"/>
RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	<input type="checkbox" value="NA"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox" value="NA"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input type="checkbox" value="NA"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox" value="NA"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:	
MARIA ISABEL ANDRADE C.C.29.184.675	

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 1 de 1

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<input type="text" value="NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="38.562.173"/>		
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-94-2015"/>		
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="28/05/2015"/>	al <input type="text" value="01/07/2015"/>	

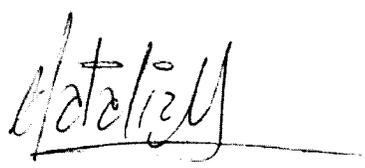
2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):

1. Realización de consultas médicas: se atiende 86 consultas médicas prioritarias y externas, 2 urgencias.
2. 12 Consultas de anticoncepción
3. Realización de estadística de causa de consulta

3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:

SI NO

4. CONTRATISTA:

<p>NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ C.C. 38.562.173</p>	 <p>Firma</p>
---	--

NI: 900147238.2

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MORA SANCHEZ NATALIA INES		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 24b N2-76		CAJIVALLE		3764950		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	2015/06/17	2015/06/11	BANCO AV VILLAS	0				\$39,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
						Aporte	IBC	Dias	IBC	Dias	IBC	Dias	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,237,000	\$197,900	\$1,237,000	\$154,600	\$0	\$0	\$1,237,000	\$6,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,237,000	\$197,900	\$1,237,000	\$154,600	\$0	\$0	\$1,237,000	\$6,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)						\$1,237,000	\$197,900	\$1,237,000	\$154,600	\$0	\$0	\$1,237,000	\$6,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
1	CC 38562173	MORA NATALIA	231001	30	\$1,237,000	\$197,900	EP5013	30	\$154,600	0	14-25	\$1,237,000	\$6,500	0	\$0	\$0	\$0			
Total Afiliados(1)						\$1,237,000	\$197,900	\$1,237,000	\$154,600	\$0	\$0	\$1,237,000	\$6,500	\$0	\$0	\$0	\$0			

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC-38562173		MORA SANCHEZ NATALIA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24b NZ-76	CAJIVALLE	3764950	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor			
Pension 2015-06	43391009	Planilla 1	2015/06/17	2015/06/11	0	\$399,000			
	8443391009			BANCO AV VILLAS					

RESUMEN DE PAGO		VALOR A PAGAR						
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$197,900	\$0	\$0	\$197,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$197,900	\$0	\$0	\$197,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,500	\$0	\$0	\$6,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$6,500	\$0	\$0	\$6,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$154,600	\$0	\$0	\$154,600
SALUDCOOP	EPS013	800,250,119	1	1	\$154,600	\$0	\$0	\$154,600
TOTAL				1	\$359,000	\$0	\$0	\$359,000

PAGA PAGO

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	<input type="text" value="NATALIA INÉS MORA SÁNCHEZ"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="38.562.173"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="Prestación de Servicios"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-94-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="28/05/2015"/>	al	<input type="text" value="01/07/2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Unidad de bienestar universitario en el fortalecimiento del talento humano y el bienestar universitario a través del desarrollo de la promoción y prevención de la salud en el medio ambiente universitario.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
Hasta diciembre 31 de 2015

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia ➤ Poner al servicio de la Institución toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato ➤ Desarrollar la promoción de la salud en el ambiente universitario para alcanzar una cultura de auto cuidado y prevención de riesgos profesionales, a través de la atención de consultas medicas a estudiantes y personal administrativo, la coordinación de las brigadas de emergencia y el plan de emergencia y evacuación para la Institución dentro de la parte académica ➤ Realizar consulta médica de urgencia a la comunidad universitaria. ➤ Llevar registro de los pacientes atendidos. ➤ Apoyar las actividades de salud organizadas por la Coordinación de Bienestar Universitario. ➤ Contribuir con los programas de promoción y prevención para la comunidad universitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100%

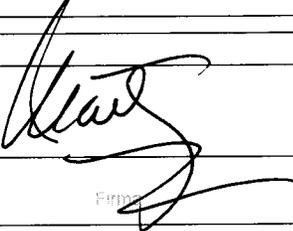
4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atendió 86 consultas médicas prioritarias y externas, 2 urgencias ➤ Atendió 12 consultas de planificación familiar.

5. SOPORTE PARA PAGO:
El contratista presentó: Informe de Actividades: <input checked="" type="checkbox"/> Pagos Seguridad Social: <input checked="" type="checkbox"/>
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: <input type="checkbox"/> Ingreso al almacén <input type="checkbox"/> Certificación cumplimiento pagos seguridad social <input type="checkbox"/>

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$30.910.000
Valor a Pagar:	\$3.091.000
Valor Ejecutado:	\$12.364.000
Valor por Ejecutar:	\$18.546.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
<p>MARIA ISABEL ANDRADE C.C.29.184.675</p>	 <small>Firma</small>