

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	<b>AUTORIZACION DE PAGO</b>	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: MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ

Documento de Identificación: 6.135.462 Cali

No. de Contrato: 1-06-03-95-2015 Valor a pagar: \$ 7.571.000

**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)* <sup>1</sup>	<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* <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox" value="NA"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* <sup>1</sup>	<input type="checkbox" value="NA"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* <sup>2</sup>	<input type="checkbox" value="NA"/>

**3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:**

MARIA ISABEL ANDRADE  
C.C.29.184.675

  
Firma

<sup>1</sup> Los Documentos soportes de pago deben reposar en la carpeta del Contrato.

<sup>2</sup> Para pagos de Anticipo o Pago Anticipado se debe anexar pago de Seguridad Social o certificado

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

Fecha de elaboración del informe: Día  Mes  Año

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:</b>	
<b>Nombre Contratista:</b>	<input type="text" value="MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ"/>
<b>Documento de Identificación:</b>	<input type="text" value="6.135.462 Cali"/>
<b>No. de Contrato:</b>	<input type="text" value="1-06-03-95-2015"/>
<b>Periodo de ejecución de la actividad:</b>	Del <input type="text" value="29/04/2015"/> al <input type="text" value="27/05/2015"/>

<b>2. INFORME DE ACTIVIDADES</b> (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<p>Evaluación medico deportiva a todos los usuarios quienes por medio de la prueba de tamizaje, fueron clasificados como de riesgo cardiovascular u osteomuscular durante la práctica del entrenamiento físico</p> <p>Prescripción del ejercicio a todos los usuarios del centro de acondicionamiento físico que fueron detectados con riesgo durante la prueba de tamizaje</p> <p>Valoración medico deportiva a todos los usuarios particulares quienes asisten a los programas de preparación física en el centro de acondicionamiento físico de la Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Consulta particular de medicina del deporte de personal externo a la Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Remisión, control y egreso de los pacientes que requieren del servicio de fisioterapia en la IPS de la Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Participación en los diseños de los programa de acondicionamiento físico y rehabilitación de lesiones deportivas en la IPS Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Evaluación y clasificación de la estratificación del riesgo cardiovascular y osteomuscular por medio de un cuestionario de tamizaje (PAR-Q) a todos los usuarios que pretenden ingresar al centro de acondicionamiento físico.</p> <p>En horas de la tarde se atiende las necesidades medicas prioritarias de medicina general de todas las personas que pertenecen a la Escuela Nacional del Deporte</p>

<b>3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:</b>
SI <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>4. CONTRATISTA:</b>		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">           MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ            CC. 6.135.462 Cali         </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">             Firma         </td> </tr> </table>	MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ CC. 6.135.462 Cali	 Firma
MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ CC. 6.135.462 Cali	 Firma	

## 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 6137462		CABRERA HERNANDEZ MOISES ARTURO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 240 2 72	CAJ-VALLE	3764950	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión	Pago	Planilla	Limite	Pago					
2015-05	42396003	8442396003	1	2015/05/13	2015/05/05	BANCO AV VILLAS	0	\$909,200	

### RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$514,800	\$0	\$0	\$514,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$514,800	\$0	\$0	\$514,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,800	\$0	\$0	\$15,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$15,800	\$0	\$0	\$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$378,600	\$0	\$0	\$378,600
SALUDCOOP	EP5013	800,250,119	1	1	\$378,600	\$0	\$0	\$378,600
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$909,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$909,200</b>

# PAGADO

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Dirección		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación dv		Razon Social		PRINCIPAL		CR 24D 2 72		CALI-VALLE		3764950		No	
CC 6135462		CABRERA HERNANDEZ MOISES ARTURO		B - MENOS DE 200 COTIZANTES									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Pensión Salud		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco		Valor	
2015-05		842396003		I		2015/05/13		2015/05/05		BANCO AV VILLAS		0	
												5909,200	

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
			Codigo	Dias	IBC	Codigo	Dias	IBC	Codigo	Dias	IBC	Codigo	Dias	IBC	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursales PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,029,000			\$3,029,000			\$0			\$3,029,000			\$15,800	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,029,000			\$3,029,000			\$0			\$3,029,000			\$15,800	\$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					\$3,029,000			\$3,029,000			\$0			\$3,029,000			\$15,800	\$0
1	CC 6135462	CABRERA MOISES	231001	30	\$3,029,000	EP5013	30	\$3,029,000			\$378,600	0		\$378,600	14-25	30	\$15,800	\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>					<b>\$3,029,000</b>			<b>\$3,029,000</b>			<b>\$378,600</b>			<b>\$378,600</b>			<b>\$15,800</b>	<b>\$0</b>

PAGADO

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

Fecha   Día      Mes      Año  

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:</b>			
<b>Nombre Contratista:</b>	<input type="text" value="MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ"/>		
<b>Documento de Identificación:</b>	<input type="text" value="6.135.462 Cali"/>		
<b>Tipo de Contrato:</b>	<input type="text" value="Prestación de Servicios"/>	<b>No. de Contrato:</b>	<input type="text" value="1-06-03-95-2015"/>
<b>Periodo evaluado y/o supervisado:</b>	<b>Del</b> <input type="text" value="29/04/2015"/>	<b>al</b>	<input type="text" value="27/05/2015"/>

<b>1. OBJETO:</b>
Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la IPS Institucional y apoyo a la cátedra de Fisiología General y Ejercicio Física I y II y Medicina Deportiva e Higiene (20horas).

<b>2. TERMINO DEL CONTRATO:</b>
Hasta diciembre 31 de 2015

<b>3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:</b>
--

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
1. prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia	
2. cumplir a cabalidad con el objeto del contrato	
3. Evaluación y clasificación de la estratificación del riesgo cardiovascular y osteomuscular por medio de un cuestionario de tamizaje (PAR-Q) a todos los usuarios que pretenden ingresar al centro de acondicionamiento físico.	
4. Evaluación medico deportiva a todos los usuarios quienes por medio de la prueba de tamizaje, fueron clasificados como de riesgo cardiovascular u osteomuscular durante la práctica del entrenamiento físico	
5. Prescripción del ejercicio a todos los usuarios del centro de acondicionamiento físico que fueron detectados con riesgo durante la prueba de tamizaje	↘ 100%
6. Atención prioritaria en caso de accidente o lesión derivada de la práctica del ejercicio en el centro de acondicionamiento físico.	↘ 100%
7. Atención prioritaria en caso de accidente o lesión derivada de la práctica del ejercicio en personal que pertenece a la escuela nacional del deporte	↘ 100%
8. Valoración medico deportiva a todos los usuarios particulares quienes asisten a los programas de preparación física en el centro de acondicionamiento físico de la Escuela Nacional del Deporte	↘ 100%
9. Remisión, control y egreso de los pacientes que requieren del servicio de fisioterapia en la IPS de la Escuela Nacional del Deporte	↘ 100%
10. Participación en los diseños de los programa de acondicionamiento físico y rehabilitación de lesiones deportivas en la IPS Escuela Nacional del Deporte	↘ 100%
11. Realización de pruebas especiales a deportistas en la IPS Escuela Nacional del Deporte	↘ 100%

<b>4. PRODUCTOS ENTREGADOS:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción del ejercicio a los a los usuarios evaluados del CAF</li> <li>• Programa de acondicionamiento físico para los usuarios del CAF</li> <li>• Evaluación y clasificación de la estratificación del riesgo cardiovascular y osteomuscular por</li> </ul>

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

medio de un cuestionario de tamizaje (PAR-Q) a todos los usuarios que pretenden ingresar al centro de acondicionamiento físico.

- Historias clínica de los usuarios evaluados en el CAF.
- Clasificación y estratificación de riesgo de los usuarios del CAF.

**5. SOPORTE PARA PAGO:**

El contratista presentó: Informe de Actividades:  Pagos Seguridad Social:   
 Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente:  Ingreso al almacén  Certificación cumplimiento pagos seguridad social

**6. INFORME FINANCIERO:**

Valor del Contrato:	\$75.710.000
Valor a Pagar:	\$7.571.000
Valor Ejecutado:	\$22.713.000
Valor por Ejecutar:	\$60.568.000

**7. OBSERVACIONES:**

--

**8. SUPERVISOR:**

<p><b>MARIA ISABEL ANDRADE</b> C.C.29.184.675</p>	 Firma
---	---