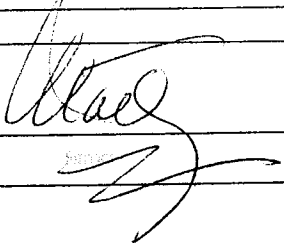
 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 02/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

De: MARIA ISABEL ANDRADE – Vicerrectora Administrativa

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


1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<u>BERTHA DE LA TORRE PALACIOS</u>
Documento de Identificación:	<u>C.C. N°.111418709</u>
No. de Contrato:	<u>1-0603-102-2015</u> Valor a pagar: \$ <u>2.500.000=</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"/> n/a
Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/> n/a
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1	<input type="checkbox"/> n/a
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	<input type="checkbox"/> n/a

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:	
MARIA ISABEL ANDRADE GARCIA <u>C.C.No.29.184.675</u>	

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>	<p>INFORME DE ACTIVIDADES</p>	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="BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="C.C.N.111418709"/>		
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-0603-102-2015"/>		
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="1 SEPTIEMBRE 2015"/>	al <input type="text" value="25 SEPTIEMBRE 2015"/>	

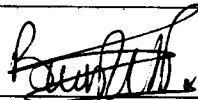
2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):

prestó los servicios los servicios con responsabilidad y eficiencia
 Cumplió a cabalidad con el objeto de este contrato
 Brindo atención a los usuarios del servicio de fisioterapia en la IPS
 Realizo la elaboración de la Estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos
 Realizo evaluaciones de los pacientes que ingresaron a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia

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


SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

4. CONTRATISTA:

BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS C.C.No.111418709 <small>Nombre y No. Documento de identidad</small>	 <small>Firma</small>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

[illegible]

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

Fecha Día 25 Mes 09 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS

Documento de Identificación: C.C.No.111418709

Tipo de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS No. de Contrato: 1-06-03-102-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: Del 1 SEPTIEMBRE 2015 al 25 SEPTIEMBRE 2015

2. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales, como fisioterapeuta en la IPS de la Institución

3. TERMINO DEL CONTRATO:
Para efectos del cumplimiento del contrato el término será desde el 9 de Marzo hasta 31 de Diciembre 2015 tiempo contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución sin exceder la presente vigencia fiscal

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. Cumplir a cabalidad con el objetivo del contrato Brindar atención a los usuarios que requieran el servicio de fisioterapia en la IPS Atención fisioterapéutica a usuarios con lesiones y recomendaciones medicas Elaboración de la estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos Realizar evaluación de los pacientes que ingresan a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia Realizar evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.	100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

prestó los servicios los servicios con responsabilidad y eficiencia
Cumplió a cabalidad con el objeto de este contrato
Brindo atención a los usuarios del servicio de fisioterapia en la IPS
Realizo la elaboración de la Estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos
Realizo evaluaciones de los pacientes que ingresaron a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia
Realizo la evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.

6. 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 ☐

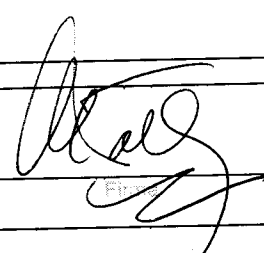
7. INFORME FINANCIERO:

Valor del Contrato:	\$ 22.500.000=
Valor a Pagar:	\$2.500.000=
Valor Ejecutado:	\$17.500.000=
Valor por Ejecutar:	\$5.000.000=


8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE
C.C. 29184675



Nombre y No. Documento de Identidad

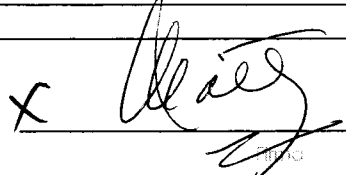
	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 02/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

De: MARIA ISABEL ANDRADE – Vicerrectora Administrativa


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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	BERTHA DE LA TORRE PALACIOS
Documento de Identificación:	C.C. N° 111418709
No. de Contrato:	1-0603-102-2015
Valor a pagar:	\$ 2.500.000=

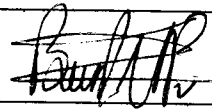
2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO			
COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verificación	SERVICIOS	Casilla de Verificación
Informe de Supervisión (Original)	<input type="checkbox"/>	Informe de Supervisión (Original)	<input checked="" type="checkbox"/>
Formato Ingreso Almacén (Original)	<input type="checkbox"/>	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"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1	<input type="checkbox"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	<input type="checkbox"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:	
MARIA ISABEL ANDRADE GARCIA C.C.No.29.184.675	
<small>Nombre y No. Documento de identidad</small>	

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

	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="BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="C.C.N.111418709"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-0603-102-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="26 SEPTIEMBRE 2015"/>	al <input type="text" value="27 OCTUBRE 2015"/>
2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):		
<p>prestó los servicios los servicios con responsabilidad y eficiencia</p> <p>Cumplió a cabalidad con el objeto de este contrato</p> <p>Brindo atención a los usuarios del servicio de fisioterapia en la IPS</p> <p>Realizo la elaboración de la Estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos</p> <p>Realizo evaluaciones de los pacientes que ingresaron a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia</p>		
3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:		
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. CONTRATISTA:		
BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS C.C.No.111418709 <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>		 <small>Firma</small>

DATOS GENERALES DEL PORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																			
TIPO IDENTIFICACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
NOMBRE O BUEN SOCIAL					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
DIRECCION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
TIPO PORTANTE					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
FORMA DE PRESTACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBS (REFORMA TRIBUTARIA)					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
114118709										114118709										114118709									
BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES									
330662										330662										330662									
INDICADOR										INDICADOR										INDICADOR									
OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES										OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES										OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES									
14										14										14									
2015/10/16										2015/10/16										2015/10/16									
NÚMERO AUTORIZACION										NÚMERO AUTORIZACION										NÚMERO AUTORIZACION									
9986472502										9986472502										9986472502									

DATOS DEL PORTANTE										DATOS DEL PORTANTE																			
TIPO IDENTIFICACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
NOMBRE O BUEN SOCIAL					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
DIRECCION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
TIPO PORTANTE					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
FORMA DE PRESTACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBS (REFORMA TRIBUTARIA)					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
114118709										114118709										114118709									
BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES									
330662										330662										330662									
INDICADOR										INDICADOR										INDICADOR									
OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES										OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES										OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES									
14										14										14									
2015/10/16										2015/10/16										2015/10/16									
NÚMERO AUTORIZACION										NÚMERO AUTORIZACION										NÚMERO AUTORIZACION									
9986472502										9986472502										9986472502									

DATOS DEL PORTANTE										DATOS DEL PORTANTE																			
TIPO IDENTIFICACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
NOMBRE O BUEN SOCIAL					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
DIRECCION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
TIPO PORTANTE					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
FORMA DE PRESTACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBS (REFORMA TRIBUTARIA)					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
114118709										114118709										114118709									
BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES									
330662										330662										330662									
INDICADOR										INDICADOR										INDICADOR									
OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES										OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES										OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES									
14										14										14									
2015/10/16										2015/10/16										2015/10/16									
NÚMERO AUTORIZACION										NÚMERO AUTORIZACION										NÚMERO AUTORIZACION									
9986472502										9986472502										9986472502									

DATOS DEL PORTANTE										DATOS DEL PORTANTE																			
TIPO IDENTIFICACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
NOMBRE O BUEN SOCIAL					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
DIRECCION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
TIPO PORTANTE					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
FORMA DE PRESTACION					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBS (REFORMA TRIBUTARIA)					CÉDULA DE COLOMBIANA					NÚMERO DE IDENTIFICACION					MIS					INDEPENDIENTES									
114118709										114118709										114118709									
BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES										BETHINIS DE LA TORRE PARRALES									
330662										330662										330662									
INDICADOR										INDICADOR										INDICADOR									

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

Fecha Día 27 Mes 10 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS

Documento de Identificación: C.C.No.111418709

Tipo de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS No. de Contrato: 1-06-03-102-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: Del 26 SEPTIEMBRE 2015 al 27 OCTUBRE 2015

2. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales, como fisioterapeuta en la IPS de la Institución

3. TERMINO DEL CONTRATO:

Para efectos del cumplimiento del contrato el término será desde el 9 de Marzo hasta 31 de Diciembre 2015 tiempo contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución sin exceder la presente vigencia fiscal

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. Cumplir a cabalidad con el objetivo del contrato Brindar atención a los usuarios que requieran el servicio de fisioterapia en la IPS Atención fisioterapéutica a usuarios con lesiones y recomendaciones medicas Elaboración de la estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos Realizar evaluación de los pacientes que ingresan a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia Realizar evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.	100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

prestó los servicios los servicios con responsabilidad y eficiencia
Cumplió a cabalidad con el objeto de este contrato
Brindo atención a los usuarios del servicio de fisioterapia en la IPS
Realizo la elaboración de la Estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos
Realizo evaluaciones de los pacientes que ingresaron a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia
Realizo la evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.

6. 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 ☐

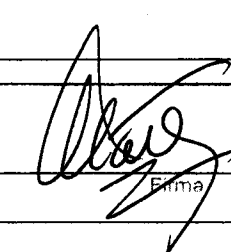
7. INFORME FINANCIERO:


Valor del Contrato:	\$ 22.500.000=
Valor a Pagar:	\$2.500.000=
Valor Ejecutado:	\$17.500.000=
Valor por Ejecutar:	\$5.000.000=

8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE
C.C. 29184675

Nombre y No. Documento de Identidad  Firma

 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 26 Mes 11 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS		
Documento de Identificación:	C.C.No.111418709		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS	No. de Contrato:	1-06-03-102-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del	1 NOVIEMBRE 2015	al 26 NOVIEMBRE 2015
2. OBJETO:			
Prestación de servicios profesionales, como fisioterapeuta en la IPS de la Institución			

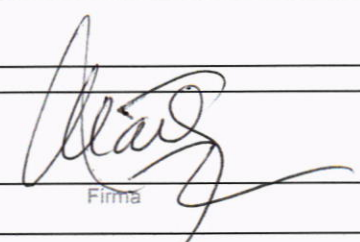
3. TERMINO DEL CONTRATO:	
Para efectos del cumplimiento del contrato el término se da desde el 9 de Marzo hasta 31 de Diciembre 2015 tiempo contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución sin exceder la presente vigencia fiscal	
4. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:	
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. Cumplir a cabalidad con el objetivo del contrato Brindar atención a los usuarios que requieran el servicio de fisioterapia en la IPS Atención fisioterapéutica a usuarios con lesiones y recomendaciones medicas Elaboración de la estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos Realizar evaluación de los pacientes que ingresan a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia Realizar evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.	100%


5. PRODUCTOS ENTREGADOS:
prestó los servicios los servicios con responsabilidad y eficiencia Cumplió a cabalidad con el objeto de este contrato Brindo atención a los usuarios del servicio de fisioterapia en la IPS Realizo la elaboración de la Estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos Realizo evaluaciones de los pacientes que ingresaron a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia Realizo la evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.

6. 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

7. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$ 22.500.000=
Valor a Pagar:	\$2.500.000=
Valor Ejecutado:	\$20.000.000=
Valor por Ejecutar:	\$2.500.000=

8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:	
MARIA ISABEL ANDRADE C.C. 29184675	 Firma
Nombre y No. Documento de Identidad	

 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 16 Mes 12 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	BERTHA INES DE LA TORRE PALACIOS
Documento de Identificación:	C.C.No.111418709
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS
No. de Contrato:	1-06-03-102-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del 1 DICIEMBRE 2015 al 16 DICIEMBRE 2015
2. OBJETO:	
Prestación de servicios profesionales, como fisioterapeuta en la IPS de la Institución	


3. TERMINO DEL CONTRATO:	
Para efectos del cumplimiento del contrato el término será desde el 9 de Marzo hasta 31 de Diciembre 2015 tiempo contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución sin exceder la presente vigencia fiscal	
4. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:	
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. Cumplir a cabalidad con el objetivo del contrato Brindar atención a los usuarios que requieran el servicio de fisioterapia en la IPS Atención fisioterapéutica a usuarios con lesiones y recomendaciones medicas Elaboración de la estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos Realizar evaluación de los pacientes que ingresan a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia Realizar evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.	100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:
prestó los servicios los servicios con responsabilidad y eficiencia Cumplió a cabalidad con el objeto de este contrato Brindo atención a los usuarios del servicio de fisioterapia en la IPS Realizo la elaboración de la Estadística de usuarios atendidos, mediante el registro diario de asistencia de los mismos Realizo evaluaciones de los pacientes que ingresaron a la IPS requiriendo el servicio de fisioterapia Realizo la evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS.

6. 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"/>

7. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$ 22.500.000=
Valor a Pagar:	\$2.500.000=
Valor Ejecutado:	\$22.500.000=
Valor por Ejecutar:	\$0

8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:	
MARIA ISABEL ANDRADE C.C. 29184675	 Firma
Nombre y No. Documento de Identidad	