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

Fecha: **Día** 27 **Mes** 05 **Año** 2015

Para: Profesional Especializado de Tesorería

De: Vicerrectoría Académica

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

No. de Contrato: 1-06-03-119-2015 Valor a pagar: $ 3.640.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verifiación	SERVICIOS	Casilla de Verifiación
Informe de Supervisión (Original)		Informe de Supervisión (Original)	X
Formato Ingreso Almacén (Original)		Constancia de pago de la EPS (Copia)	X
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social		Constancia de pago de la AFP (Copia)	X
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*[1]		Constancia de pago de la ARL (Copia)	X
RUT (Primer Pago)		Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	NA
Pago Anticipo o Pago Anticipado*[2]		RUT (Primer Pago)	X
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*[1]	NA
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*[2]	NA

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

Nombre y No. Documento de identidad

Firma

11:00 pm
27-05-2015

[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

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL del DEPORTE	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** 26 **Mes** 05 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: *HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY*

Documento de Identificación: **16483523**

No. de Contrato: **1-06-03-119-2015**

Periodo de ejecución de la actividad: **Del** **30 DE ABRIL DE 2015** **al** **27 DE MAYO DE 2015**

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

1. *Velar por el control de los servicios prestados que se realiza en las secciones: Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.*
2. *Establecer con apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.*
3. *Vigilar que los espacios aulas mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.*
4. *Elaborar la programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre*
5. *Mantener la comunicación con los decanos respecto al incumplimiento de las actividades académicas programadas.*
6. *Mantener el control de permisos, ausencias y reposiciones de las clases de los docentes para las facultades de fisioterapia y deporte*
7. *Realizar el seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).*
8. *Apoyar al docente para el control de la presentación de los exámenes*
9. *Llevar el control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre*
10. *Presentar informe de las tareas mencionadas mensualmente a vicerrectoría académica*

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

SI [X] NO [ ]

4. CONTRATISTA:

HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY

Nombre y No. Documento de Identidad : **16483523**

Firma

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2015-05-08, 11:52:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8852867490

Periodo Cotización: mayo de 2015 **Periodo Servicio:** mayo de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8832544780

GUARDADA 17/04/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY				
Documento	CC16483523	**Dirección**	CRA 32A 9 09		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3002937228		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	CHAMORRO ASCARATY HUGO RAFAEL	**Identificación**	CC16483523		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A: da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 16483523	CHAMORRO ASCARATY HUGO RAFAEL	03	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.456.000	$ 233.000	EPS SURA	$ 1.456.000	$ 182.000	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES	$ 1.456.000	$ 7.600	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 422.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.456.000	$ 1.456.000	$ 1.456.000	$ 0	$ 233.000	$ 0	$ 0	$ 182.000	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 422.600	$ 300	$ 422.900

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
4

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888325447800000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8832544780(3900)0000000(96)20991231

OK

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

Fecha **Día** 27 **Mes** 05 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY
Documento de Identificación:	C.C. No. 16.483.523
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios
No. de Contrato:	1-06-03-119-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	**Del** 30 de abril de 2015 **al** 27 de mayo de 2015

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión en Vicerrectoría académica en las actividades concernientes al Control Docente de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Desde el 25 marzo hasta el 31 diciembre de 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
• Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato • Desarrollar las actividades pactadas en el presente contrato • Debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, datación, implementación y materiales que sean puestos a su disposición. • Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato.	**100%**

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Mensualmente se presenta recibe informe de las tareas realizadas por parte de la oficina de Control Docente, como:

1. Actividades realizadas por las oficinas de Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.
2. Apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.
3. Revisión de los espacios (aulas) que mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.
4. Programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre.
5. Informar a las diferentes instancias las situaciones presentadas en las actividades académicas programadas (incumplimientos, permisos, reposiciones).
6. Seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).
7. Control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre.

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: [x] Pagos Seguridad Social: [x]

Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: [ ] Ingreso al almacén [ ] Certificación cumplimiento pagos seguridad social [ ]

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	$ 36.400.000
Valor a Pagar:	$ 3.640.000
Valor Ejecutado:	$ 10.920.000
Valor por Ejecutar:	$ 25.480.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
ROGER MICOLTA TRUQUE **C.C. No. 94.510.140** Nombre y No Documento de Identidad	Firma

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

Fecha: **Día** 28 **Mes** 07 **Año** 2015

Para: Profesional Especializado de Tesorería

De: Vicerrectoría Académica

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

No. de Contrato: 1-06-03-119-2015 Valor a pagar: $ 3.640.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verifiación	SERVICIOS	Casilla de Verifiación
Informe de Supervisión (Original)		Informe de Supervisión (Original)	X
Formato Ingreso Almacén (Original)		Constancia de pago de la EPS (Copia)	X
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social		Constancia de pago de la AFP (Copia)	X
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1		Constancia de pago de la ARL (Copia)	X
RUT (Primer Pago)		Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	NA
Pago Anticipo o Pago Anticipado*2		RUT (Primer Pago)	X
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1	NA
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	NA

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

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

Fecha: **Día** 28 **Mes** 07 **Año** 2015

Para: Profesional Especializado de Tesorería

De: Vicerrectoría Académica

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

No. de Contrato: 1-06-03-119-2015 Valor a pagar: $ 3.640.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verifiación	SERVICIOS	Casilla de Verifiación
Informe de Supervisión (Original)		Informe de Supervisión (Original)	X
Formato Ingreso Almacén (Original)		Constancia de pago de la EPS (Copia)	X
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social		Constancia de pago de la AFP (Copia)	X
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1		Constancia de pago de la ARL (Copia)	X
RUT (Primer Pago)		Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	NA
Pago Anticipo o Pago Anticipado*2		RUT (Primer Pago)	X
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1	NA
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	NA

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

Fecha de elaboración del informe: **Día** 23 **Mes** 06 **Año** 2015

9. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: *HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY*

Documento de Identificación: **16483523**

No. de Contrato: **1-06-03-119-2015**

Periodo de ejecución de la actividad: **Del** **30 DE JUNIO DE 2015** **al** **28 DE JULIO DE 2015**

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

21. *Velar por el control de los servicios prestados que se realiza en las secciones: Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.*
22. *Establecer con apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.*
23. *Vigilar que los espacios aulas mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.*
24. *Elaborar la programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre*
25. *Mantener la comunicación con los decanos respecto al incumplimiento de las actividades académicas programadas.*
26. *Mantener el control de permisos, ausencias y reposiciones de las clases de los docentes para las facultades de fisioterapia y deporte*
27. *Realizar el seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).*
28. *Apoyar al docente para el control de la presentación de los exámenes*
29. *Llevar el control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre*
30. *Presentar informe de las tareas mencionadas mensualmente a vicerrectoría académica*

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

SI [X] NO [ ]

12.CONTRATISTA:

HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY

Nombre y No. Documento de Identidad : **16483523**

Firma

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2015-07-22, 03:11:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 8859631050

Periodo Cotización: julio de 2015 **Periodo Servicio:** julio de 2015 **Referencia pago (PIN):** 8832544780

GUARDADA 22/06/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY				
Documento	CC16483523	**Dirección**	CRA 32A 9 09		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3002937228		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	CHAMORRO ASCARATY HUGO RAFAEL	**Identificación**	CC16483523		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día habil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A: da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INR	Días AFP	Días APE	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 16483523	CHAMORRO ASCARATY HUGO RAFAEL	03	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.456.000	$ 233.000	EPS SURA	$ 1.456.000	$ 182.000	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES	$ 1.456.000	$ 7.600	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 422.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.456.000	$ 1.456.000	$ 1.456.000	$ 0	$ 233.000	$ 0	$ 0	$ 182.000	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 422.600	$ 5.300	$ 427.900

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
4

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888325447800000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-

(415)7709998485884(8020)8832544780(3900)0000000(96)20991231

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

Fecha **Día** 28 **Mes** 07 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

Tipo de Contrato: Prestación de Servicios **No. de Contrato:** 1-06-03-119-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: **Del** 28 de Junio de 2015 **al** 28 de Julio de 2015

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión en Vicerrectoría académica en las actividades concernientes al Control Docente de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Desde el 25 marzo hasta el 31 diciembre de 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
• Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato • Desarrollar las actividades pactadas en el presente contrato • Debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, datación, implementación y materiales que sean puestos a su disposición. • Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato.	**100%**

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Mensualmente se presenta recibe informe de las tareas realizadas por parte de la oficina de Control Docente, como:

1. Actividades realizadas por las oficinas de Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.
2. Apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.
3. Revisión de los espacios (aulas) que mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.
4. Programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre.
5. Informar a las diferentes instancias las situaciones presentadas en las actividades académicas programadas (incumplimientos, permisos, reposiciones).
6. Seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).
7. Control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre.

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	$ 36.400.000
Valor a Pagar:	$ 3.640.000
Valor Ejecutado:	$ 18.200.000
Valor por Ejecutar:	$ 18.200.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

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

Fecha: **Día** 28 **Mes** 08 **Año** 2015

Para: Profesional Especializado de Tesorería

De: Vicerrectoría Académica

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

No. de Contrato: 1-06-03-119-2015 Valor a pagar: $ 3.640.000

2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

COMPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verifiación	SERVICIOS	Casilla de Verifiación
Informe de Supervisión (Original)		Informe de Supervisión (Original)	X
Formato Ingreso Almacén (Original)		Constancia de pago de la EPS (Copia)	X
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social		Constancia de pago de la AFP (Copia)	X
Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*[1]		Constancia de pago de la ARL (Copia)	X
RUT (Primer Pago)		Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	NA
Pago Anticipo o Pago Anticipado*[2]		RUT (Primer Pago)	X
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*[1]	NA
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*[2]	NA

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

Nombre y No. Documento de identidad

Firma

[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

Fecha de elaboración del informe: **Día** 27 **Mes** 08 **Año** 2015

13.INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	***HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY***
Documento de Identificación:	**16483523**
No. de Contrato:	**1-06-03-119-2015**
Periodo de ejecución de la actividad:	**Del 29 DE JULIO DE 2015 al 28 DE AGOSTO DE 2015**

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

31. *Velar por el control de los servicios prestados que se realiza en las secciones: Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.*
32. *Establecer con apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.*
33. *Vigilar que los espacios aulas mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.*
34. *Elaborar la programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre*
35. *Mantener la comunicación con los decanos respecto al incumplimiento de las actividades académicas programadas.*
36. *Mantener el control de permisos, ausencias y reposiciones de las clases de los docentes para las facultades de fisioterapia y deporte*
37. *Realizar el seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).*
38. *Apoyar al docente para el control de la presentación de los exámenes*
39. *Llevar el control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre*
40. *Presentar informe de las tareas mencionadas mensualmente a vicerrectoría académica*

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

SI [X] NO [ ]

16.CONTRATISTA:

HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY

Nombre y No. Documento de Identidad : **16483523**

Firma

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16483523		CHAMORRO ASCARATY HUGO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR32A -9-61	CALI-VALLE	5540404	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2015-08	2015-08		8446055310	I	2015/08/06	2015/08/26		20	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irp vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,300		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,300		$0	$0	
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)						$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,300		$0	$0	
1	CC	16483523	CHAMORRO HUGO	230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS010	30	$1,400,000	$175,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,400,000	$7,300	0	$0	$0	No
Total	**Afiliados(1)**					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,300		$0	$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16483523		CHAMORRO ASCARATY HUGO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR32A -9-61	CALI-VALLE	5540404	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2015-08	2015-08		8446055310	I	2015/08/06	2015/08/26		20	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,000	$3,500	$0	$227,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$224,000	$3,500	$0	$227,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,300	$100	$0	$7,400
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$7,300	$100	$0	$7,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,000	$2,800	$0	$177,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$175,000	$2,800	$0	$177,800
TOTAL				1	$406,300	$6,400	$0	$412,700

OK

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

Fecha **Día** 28 **Mes** 08 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY		
Documento de Identificación:	C.C. No. 16.483.523		
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios	**No. de Contrato:**	1-06-03-119-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	**Del** 28 de Julio de 2015	**al**	28 de Agosto de 2015

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión en Vicerrectoría académica en las actividades concernientes al Control Docente de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Desde el 25 marzo hasta el 31 diciembre de 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
• Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato • Desarrollar las actividades pactadas en el presente contrato • Debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, datación, implementación y materiales que sean puestos a su disposición. • Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato.	**100%**

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Mensualmente se presenta recibe informe de las tareas realizadas por parte de la oficina de Control Docente, como:

1. Actividades realizadas por las oficinas de Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.
2. Apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.
3. Revisión de los espacios (aulas) que mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.
4. Programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre.
5. Informar a las diferentes instancias las situaciones presentadas en las actividades académicas programadas (incumplimientos, permisos, reposiciones).
6. Seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).
7. Control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre.

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: [x] Pagos Seguridad Social: [x]

Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: [ ] Ingreso al almacén [ ] Certificación cumplimiento pagos seguridad social [ ]

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	$ 36.400.000
Valor a Pagar:	$ 3.640.000
Valor Ejecutado:	$ 21.840.000
Valor por Ejecutar:	$ 14.560.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

Nombre y No. Documento de Identidad

Firma

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

Fecha **Día** 27 **Mes** 11 **Año** 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

Tipo de Contrato: Prestación de Servicios **No. de Contrato:** 1-06-03-119-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: **Del** 25 Octubre de 2015 **al** 25 de Noviembre de 2015

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión en Vicerrectoría académica en las actividades concernientes al Control Docente de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Desde el 25 marzo hasta el 31 diciembre de 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
• Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato • Desarrollar las actividades pactadas en el presente contrato • Debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, datación, implementación y materiales que sean puestos a su disposición. • Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato.	**100%**

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Mensualmente se presenta recibe informe de las tareas realizadas por parte de la oficina de Control Docente, como:

1. Actividades realizadas por las oficinas de Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.
2. Apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.
3. Revisión de los espacios (aulas) que mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.
4. Programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre.
5. Informar a las diferentes instancias las situaciones presentadas en las actividades académicas programadas (incumplimientos, permisos, reposiciones).
6. Seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).
7. Control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre.

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: X Pagos Seguridad Social: X

Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: [ ] Ingreso al almacén [ ] Certificación cumplimiento pagos seguridad social [ ]

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	$ 36.400.000
Valor a Pagar:	$ 3.640.000
Valor Ejecutado:	$ 32.760.000
Valor por Ejecutar:	$ 3.640.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

Nombre y No. Documento de Identidad

Firma

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL del DEPORTE	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: HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY

Documento de Identificación: C.C. No. 16.483.523

Tipo de Contrato: Prestación de Servicios **No. de Contrato:** 1-06-03-119-2015

Periodo evaluado y/o supervisado: **Del** 25 Noviembre de 2015 **al** 31 de Diciembre de 2015

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión en Vicerrectoría académica en las actividades concernientes al Control Docente de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Desde el 25 marzo hasta el 31 diciembre de 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
• Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato • Desarrollar las actividades pactadas en el presente contrato • Debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, datación, implementación y materiales que sean puestos a su disposición. • Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato.	**100%**

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Mensualmente se presenta recibe informe de las tareas realizadas por parte de la oficina de Control Docente, como:

1. Actividades realizadas por las oficinas de Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.
2. Apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.
3. Revisión de los espacios (aulas) que mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.
4. Programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre.
5. Informar a las diferentes instancias las situaciones presentadas en las actividades académicas programadas (incumplimientos, permisos, reposiciones).
6. Seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).
7. Control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre.

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: X Pagos Seguridad Social: X

Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: ☐ Ingreso al almacén ☐ Certificación cumplimiento pagos seguridad social ☐

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	$ 36.400.000
Valor a Pagar:	$ 3.640.000
Valor Ejecutado:	$ 36.400.000
Valor por Ejecutar:	---0---

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:

ROGER MICOLTA TRUQUE
C.C. No. 94.510.140

Nombre y No. Documento de Identidad

Firma