 <b>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</b> INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	<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: JULIAN ANDRES REYES GARCIA

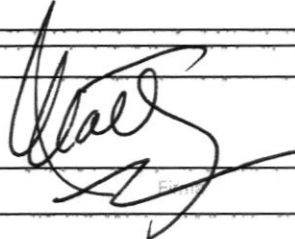
Documento de Identificación: 94.544.997

No. de Contrato: 1-06-03-67-2015 Valor a pagar: \$ 3.120.000

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

**3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:**

<b>MARIA ISABEL ANDRADE</b> <b>c.c. 29.184.675</b> <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	 <small>Fecha</small>
---	--

<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

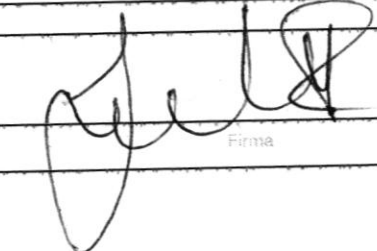
Fecha de elaboración del informe:

Día  Mes  Año

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:</b>		
Nombre Contratista:	<input type="text" value="JULIAN ANDRES REYES GARCIA"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="94.544.997"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-67-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="28/04/2015"/>	al <input type="text" value="28/05/2015"/>

<b>2. INFORME DE ACTIVIDADES</b> (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisó a los estudiantes auxiliares en fisioterapia del Instituto CENAL.</li> <li>• Realizó rehabilitación física a usuarios de la IPS.</li> <li>• Realizó planes caseros y programas de rehabilitación física para los usuarios de la IPS.</li> <li>• Diseñó informes específicos para las personas que se encuentran realizando rehabilitación física en el IPS, los cuales se les maneja de forma individualizada de acuerdo con la patología informada en la historia clínica que reposa en la IPS de la institución.</li> <li>• Diseñó campaña para promover el cuidado de los implementos que se encuentran en la IPS y el uso de los elementos para mantener una adecuada higiene en el mismo.</li> </ul>

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

<b>4. CONTRATISTA:</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <b>JULIAN ANDRES REYES GARCIA 94.544.997</b>  <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small> </div> <div style="text-align: center;">   <small>Firma</small> </div> </div>

C O M P A N D I  
NIT 890303208-5

COMPRADOR:  
NIT:

999919 recaudo simple 362.200 H  
DOCUMENTO : 8827637769  
VALOR : 362.200  
FECHA DOC.: 20150505  
TOT 362.200  
\*\*\*\*  
Efectivo 365.000  
CAMBIO 2.800  
5/05/15 18:31 0515 01 0473 302950

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO  
PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

## PAGOSIMPLE | Prefectura

15-03-05, 02:01:18 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: marzo de 2015 Periodo Servicio: marzo de 2015

Número Planilla: 8843828734

Referencia pago (PIN): 8827637769

GUARDADA 03/02/2015

Dirección	CRA 79 13B 159		
Teléfono	3176788222		
Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Identificación	CC94544997		

su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A: da por entendido que el 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 Cotización	S.C. por Cotización	ING	TR	TAF	WVP	CGR	WST	KCS	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST	WST</

### III. TOTALES

IBC Pension	\$ 1.248.000	IBC Salud	\$ 1.248.000	IBC Riesgos	\$ 1.248.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pension	\$ 199.700	Aportes Salud	\$ 156.000	Aportes Riesgos	\$ 6.500	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sena	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min. Educación	\$ 6.000	Aportes Ninguna CCT	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Salidas	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	\$ 0	TOTAL INTERESES	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 362.200
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	------------------------	----------	---------------------	------	-----------------------------------	------	-------------------	------	---------------------------	------	-----------------	------	-------------	------------

### IV. INFORMACION

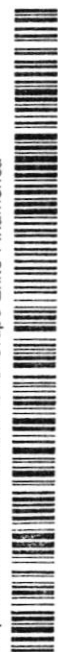
Día hábil de pago sin mora												Periodo de cotización salud												Periodo de cotización salud											
15												Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre

Cafam-Colsubsidio-Mercadogruerías Cafam-Colsubsidio-



888827637769000000991231

Grupo Éxito-Finamérica-Comfandi Grupo Éxito-Finamérica-



(415)7709998435884(8020)8827637769(3900)0000000(96)20991231


Página 1 de 1

Lineas de Servicio Fonosimple: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 015000 971 971 -

[Más que Fácil, SIMPLE]

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Fecha

Día **28** Mes **05** Año **2015**

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:**

Nombre Contratista:	JULIAN ANDRES REYES GARCIA		
Documento de Identificación:	94.544.997		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS	No. de Contrato:	1-06-03-67-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del 28/04/2015	al	28/05/2015

**1. OBJETO:**

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA EN LA IPS.

**2. TERMINO DEL CONTRATO:**


Del 01/03/2015 Al 31/12/2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluaciones fisioterapéuticas y tratamientos de rehabilitación en la IPS.</li> <li>Ser apoyo de personal del servicio al cliente.</li> <li>Diseñar, elaborar y aplicar los programas personales de rehabilitación de cada uno de los usuarios.</li> <li>Darle información técnica a los alumnos sobre el programa que está desarrollando y sobre temas de salud, fisiología y temas afines cuando sea solicitado demostrando seriedad, respeto y amabilidad.</li> <li>Cuidar y proteger todos y cada uno de los implementos o instalaciones de la IPS.</li> </ul>	100%

**4. PRODUCTOS ENTREGADOS:**


- Supervisó a los estudiantes auxiliares en fisioterapia del Instituto CENAL.
- Realizó rehabilitación física a usuarios de la IPS.
- Realizó planes caseros y programas de rehabilitación física para los usuarios de la IPS.
- Diseñó informes específicos para las personas que se encuentran realizando rehabilitación física en el IPS, los cuales se les maneja de forma individualizada de acuerdo con la patología informada en la historia clínica que reposa en la IPS de la institución.
- Diseñó campaña para promover el cuidado de los implementos que se encuentran en la IPS y el uso de los elementos para mantener una adecuada higiene en el mismo.

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

<b>5. SOPORTE PARA PAGO:</b>			
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"/>

<b>6. INFORME FINANCIERO:</b>	
Valor del Contrato:	34.320.000
Valor a Pagar:	3.120.000
Valor Ejecutado:	12.480.000
Valor por Ejecutar:	21.840.000

<b>7. OBSERVACIONES:</b>

<b>8. SUPERVISOR:</b>	
<b>MARIA ISABEL ANDRADE</b> <b>c.c. 29.184.675</b>	
Nombre y No. Documento de Identidad	Firma