

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

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: CARMEN XIMENA TEJADA ROJAS

Documento de Identificación: CC. 34.557.962

No. de Contrato: 1-06-03-62-2015 pagar: \$ 6'760.000.

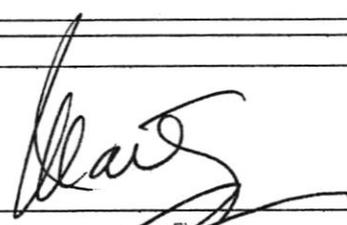
2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

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
 CC 29.184.675 de Bolívar (Valle)

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

Handwritten notes:
 Flo
 3:39

 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

N Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:		
Nombre Contratista:	<input type="text" value="CARMEN XIMENA ROJAS TEJADA"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="CC. 34.557.962"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-02-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="2 DE MAYO DE 2015"/>	al <input type="text" value="27 DE MAYO DE 2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<ul style="list-style-type: none"> - Poner al servicio de la ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el trabajo de asesoría objeto de este contrato. - Dirección General de la IPS de la Escuela Nacional del Deporte - Revisión y actualización del proceso de habilitación del Centro de la IPS Institucional. - Gestionar el portafolio de servicios de la IPS Institucional - Dirigir y controlar la efectiva prestación del servicio que permita maximizar e incrementar la productividad.

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

4. CONTRATISTA:
CARMEN XIMENA TEJADA ROJAS CC 34.557.962
_____ <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>
_____ <small>Firma</small>

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENAE e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PRINCIPAL	CARRERA 79 # 13b-110	CALI-VALLE	3311518	No				
CC 34557962		TEJADA ROJAS CARMEN XIMENA											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Mora		Valor	
Periodo	Salud	2015-05	8442964864	1	2015/05/14	2015/05/17	BANCO BOGOTA	13	\$820,000				

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC
1	CC 34557962	TEJADA CARMEN	230201	30	\$2,704,000	\$459,600	EP5010	30	\$338,000	0	0	\$0	50	14-25	30	\$2,704,000	\$14,100	0	50	\$0
Total	Afiliados(1)				\$2,704,000	\$459,600			\$338,000			\$0	50			\$2,704,000	\$14,100		50	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$459,600	\$4,700	\$0	\$464,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLUMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$14,100	\$100	\$0	\$14,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
EPS SURA (ANTES SUBSALUD)	EP5010	800,088,702	2	1	\$338,000	\$3,500	\$0	\$341,500
TOTAL				1	\$811,700	\$8,300	\$0	\$820,000

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:

Documento de Identificación:

Tipo de Contrato: No. de Contrato:

Periodo evaluado y/o supervisado: Del al

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte, dentro del proceso de Innovación a la Gestión en la política de la consolidación del Direccionamiento Institucional en el Programa de Fortalecimiento a la IPS- Proyecto: Prestación de servicios de Salud Integral de la Comunidad en general como Coordinadora de la IPS Institucional.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Seis (6) meses – Contados a partir de la fecha de perfeccionamiento

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
-Poner al servicio de la ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el trabajo de asesoría objeto de este contrato. – Dirección General de la IPS de la Escuela Nacional del Deporte. – Revisión y actualización del proceso de habilitación del Centro de la IPS Institucional. – Gestionar el portafolio de servicios de la IPS Institucional – Dirigir y controlar la efectiva prestación del servicio que permita maximizar e incrementar la productividad.	100%

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Informe

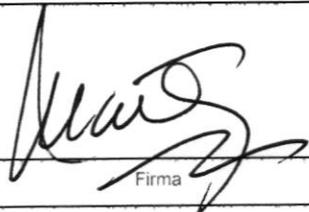
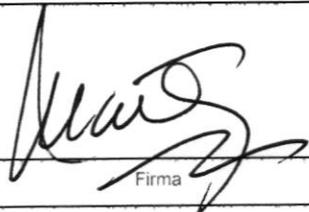
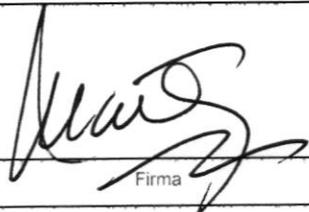
5. SOPORTE PARA PAGO:

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

Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente:	<input type="checkbox"/>	Ingreso al almacén	<input type="checkbox"/>	Certificación cumplimiento pagos seguridad social	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------	--------------------------	---	--------------------------

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$74.360.000
Valor a Pagar:	\$ 6.760.000
Valor Ejecutado:	\$27.040.000
Valor por Ejecutar	\$47.320.000

7. OBSERVACIONES:
NINGUNA

8. SUPERVISOR:				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> MAIA ISABEL ANDRADE GARCIA CC 29.184.675 de Bolívar (Valle) </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;">  Firma </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Nombre y No. Documento de Identidad</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	MAIA ISABEL ANDRADE GARCIA CC 29.184.675 de Bolívar (Valle)	 Firma	Nombre y No. Documento de Identidad	
MAIA ISABEL ANDRADE GARCIA CC 29.184.675 de Bolívar (Valle)	 Firma			
Nombre y No. Documento de Identidad				