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

Fecha: Día 26 Mes 10 Año 2015

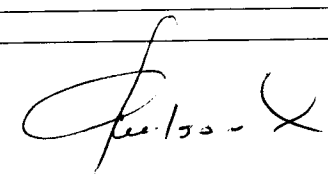
Para: TESORERIA

De: PROYECCIÓN SOCIAL - WILSON CANIZALES


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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	CRISTHIAN FERNANDO SOTO BARBOSA
Documento de Identificación:	1.115.074.742
No. de Contrato:	1-06-03-241-2015
Valor a pagar:	\$ 644.350

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:	
WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota	
Nombre y No. Documento de Identidad	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>AUTORIZACION DE PAGO</b>	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 1

Fecha: Día  Mes  Año

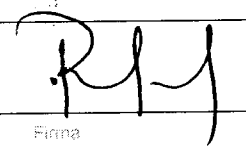
Para:

De:

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


<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:</b>	
Nombre Contratista:	<u>HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY</u>
Documento de Identificación:	<u>C.C. No. 16.483.523</u>
No. de Contrato:	<u>1-06-03-119-2015</u> Valor a pagar: \$ <u>3.640.000</u>

<b>2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO</b>			
<b>COMPRAS Y SUMINISTRO</b>	<b>Casilla de Verificación</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>Casilla de Verificación</b>
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 checked="" type="checkbox"/>
		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"/>

<b>3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:</b>	
<b>ROGER MICOLTA TRUQUE</b> <b>C.C. No. 94.510.140</b> <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	 <small>Firma</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

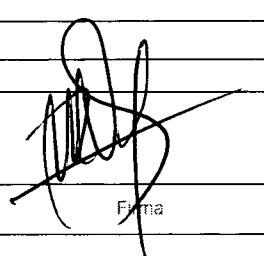
 <div>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</div>	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 6 de 7

Fecha de elaboración del informe: Día  Mes  Año


1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<input type="text" value="HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY"/>
Documento de Identificación:	<input type="text" value="16483523"/>
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-119-2015"/>
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="30 DE SEPTIEMBRE DE 2015"/> al <input type="text" value="30 DE OCTUBRE DE 2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):	
<div>1. <i>Velar por el control de los servicios prestados que se realiza en las secciones: Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.</i></div> <div>2. <i>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.</i></div> <div>3. <i>Vigilar que los espacios aulas mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.</i></div> <div>4. <i>Elaborar la programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre</i></div> <div>5. <i>Mantener la comunicación con los decanos respecto al incumplimiento de las actividades académicas programadas.</i></div> <div>6. <i>Mantener el control de permisos, ausencias y reposiciones de las clases de los docentes para las facultades de fisioterapia y deporte</i></div> <div>7. <i>Realizar el seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).</i></div> <div>8. <i>Apoyar al docente para el control de la presentación de los exámenes</i></div> <div>9. <i>Llevar el control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre</i></div> <div>10. <i>Presentar informe de las tareas mencionadas mensualmente a vicerrectoría académica</i></div>	

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

4. CONTRATISTA:	
<div>HUGO RAFAEL CHAMORRO ASCARATY</div> <div>Nombre y No. Documento de Identidad : 16483523</div>	<div></div> <div>Firma</div>



 <b>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</b> <b>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</b>	<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>			
Nombre Contratista:	<input type="text" value="HUGO RAFAEL CHAMORRO AZCARATY"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="C.C. No. 16.483.523"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="Prestación de Servicios"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-119-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="25 Septiembre de 2015"/>	al	<input type="text" value="25 de Octubre de 2015"/>


<b>1. OBJETO:</b>
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.

<b>2. TERMINO DEL CONTRATO:</b>
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 (%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato</li> <li>• Desarrollar las actividades pactadas en el presente contrato</li> <li>• Debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, datación, implementación y materiales que sean puestos a su disposición.</li> <li>• Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato.</li> </ul>	<b>100%</b>


<b>4. PRODUCTOS ENTREGADOS:</b>
<p>Mensualmente se presenta recibe informe de las tareas realizadas por parte de la oficina de Control Docente, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actividades realizadas por las oficinas de Ayudas audiovisuales, implementos deportivos y la programación actividades del coliseo.</li> <li>2. Apoyo del área de mantenimiento, mecanismos para el control de los encendidos y apagados de las luces y aires acondicionados de los salones.</li> <li>3. Revisión de los espacios (aulas) que mantengan con las condiciones básicas para el desarrollo de las clases magistrales en las diferentes jornadas.</li> <li>4. Programación de los espacios según las demandas de cursos y actividades académicas que se presenten durante el semestre.</li> <li>5. Informar a las diferentes instancias las situaciones presentadas en las actividades académicas programadas (incumplimientos, permisos, reposiciones).</li> <li>6. Seguimiento a las actividades académicas de los docentes (intensidad horaria).</li> <li>7. Control de la entrega de las ayudas didácticas para los docentes durante el semestre.</li> </ol>


<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>INFORME DE SUPERVISION</b>	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$ 36.400.000
Valor a Pagar:	\$ 3.640.000
Valor Ejecutado:	\$ 29.120.000
Valor por Ejecutar:	\$ 7.280.000

<b>7. OBSERVACIONES:</b>

<b>8. SUPERVISOR:</b>	
<b>ROGER MICOLTA TRUQUE</b> <b>C.C. No. 94.510.140</b>	
<small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	<small>Firma</small>

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

Fecha: Día **11** Mes **08** Año **2015**

Para: **PROFESIONAL ESPECIALIZADO TESORERÍA**

De: **María Isabel Andrade**

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

**1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATISTA:**

Nombre Contratista: **HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL**  
 Documento de Identificación: **C.C 14.636.416**  
 No. de Contrato: **1-06-03-241-2015** Valor a pagar: \$ **6.151.464**

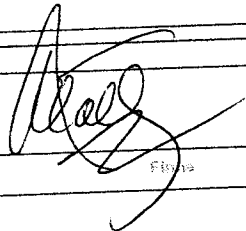
**2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO**

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


**3. VERIFICACION SUPERVISOR:**

**María Isabel Andrade**  
**CC. 29.184.675**

Nombre y No. Documento de Identidad

  
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>INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</b>  <b>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE</b>	<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

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:**

Nombre Contratista:	<input type="text" value="HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="CC. 14.636.416 de Cali"/>		
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-241-2015"/>		
Periodo de ejecución de la actividad:	Del	<input type="text" value="15 DE MAYO DE 2015"/>	al <input type="text" value="23 DE MAYO DE 2015"/>

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

Adecuación, corte, armado, soldadura y montaje de parales. Anclajes epóxicos en piso de ¾". Aplicación de dos capas de anticorrosivo color blanco.

Mantenimiento, corte, armado, soldadura y montaje de cerchas conformadas perimetralmente en montantes y diagonales en tubo cuadrado de 70 x 70 x 1.5 mm. Elementos de conexión soldados y aplicación de dos capas de anticorrosivo color blanco.

Adecuación, corte, armado, soldadura y montaje de viguetas en IPE 160 para amarre de pórticos. Elementos de conexión soldados y aplicación de dos capas de anticorrosivo color blanco.

Reparación de divisiones de baño, reemplazo de lámina corroída por lámina cold rolled galvanizada calibre 18 y soportes de divisiones soldados en tubo rondondo de 1 ½".

Pintura de divisiones de baño, pulimento de soldadura, masillado, lijado aplicación de wash primer sobre lámina galvanizada y posterior pintura de acabado esmalte.

Desarrollo de actividades de montaje conforme a especificaciones técnicas y bajo supervisión profesional en obra.

Suministro de mano de obra calificada con su respectiva seguridad social (E.P.S. y A.R.P. Riesgo 5) y todos sus elementos de protección personal E.P.P.

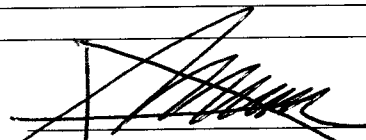
**3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:**

SI ☒ NO ☐


**4. CONTRATISTA:**

HENRY AUGUSTO MEDINA VILLRREAL  
CC 14.636.416

Nombre y No. Documento de Identidad

  
Firma



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

Fecha    Día 11    Mes 08    Año 2015

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:**

Nombre Contratista:	HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL		
Documento de Identificación:	C.C 14.363.416 DE Cali		
Tipo de Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	No. de Contrato:	1-06-03-241-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del 15 DE MAYO	al 23 DE MAYO DE 2015	

**1. OBJETO:**

Prestación de servicios de apoyo a la gestión en actividades operativas en el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte, efectuando el mantenimiento y adecuación de dinteles para puertas corredizas en el salón múltiple del auditorio auxiliar tercer piso y reparación de divisiones de baño existentes fabricadas en lamina y pintadas con esmalte

**2. TERMINO DEL CONTRATO:**

Mayo 23 de 2015


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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Prestación de servicios con responsabilidad y eficiencia	100%
Prestar los servicios contratados: materiales, mano de obra, equipos y herramientas, transporte y en general todo aquello que sea necesario para la perfecta ejercicio del servicio contratado	100%
Instalación de señalización necesaria que garantice la seguridad a funcionarios y visitantes que se encuentre cerca del área de trabajo	100%
Aporte de materiales necesarios oportunamente	100%
Coordinación de actividades que generen polvo o ruido en horarios que no afecten las actividades	100%
Pago de seguridad social y parafiscales	100%
Certificaciones de trabajo en alturas	100%

**4. PRODUCTOS ENTREGADOS:**

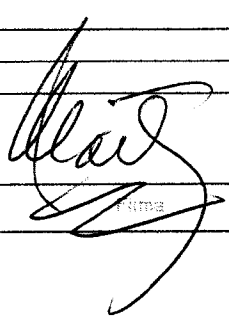
La contratista entrega

1. Mantenimiento y adecuación de dinteles

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

<b>6. INFORME FINANCIERO:</b>	
Valor del Contrato:	6.151.464
Valor a Pagar:	6.151.464
Valor Ejecutado:	6.151.464
Valor por Ejecutar:	0

<b>7. OBSERVACIONES:</b>
NINGUNA

<b>8. SUPERVISOR:</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>María Isabel Andrade</b>  <b>CC. 29.184.675</b>  <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small> </div> <div style="text-align: center;">   <small>Firma</small> </div> </div>



**Bancoomeva**

**Registro Transacciones Caja**

No. TRN 177 RECAUDOS 501-  
OFICINA 112 Oficina Centro de Pagos Sur  
CAJERO AHLT1021  
FECHA 2015/08/03 HORA 13:51:30  
CEDULA /NIT 14636416

EFFECTIVO 187,044.00  
TOTAL 187,044.00  
PLANILLA 7240105340  
Periodo de pago: Año 2015 Mes 8

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA INFORMACION  
IMPRESA ES CORRECTA

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

OFIXPRES S.A. DE CALLE 120

Cliente

*187044*

SF-FT-511/V4(Anverso)

*40% - 180*

*2' 460 600*

*29.51*

*225 000*

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	14636416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 18 N 66-51 APT 502A	TELÉFONO:	3962449
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	OTRAS ACTIVIDADES
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7240106340		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2015	SALUD:	AÑO:	2015
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2015/08/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	5080357575	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 103.100
SUBTOTAL:				1	\$ 103.100
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A		1	\$ 80.544
SUBTOTAL:				1	\$ 80.544
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860002183	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A		1	\$ 3.400
SUBTOTAL:				1	\$ 3.400

<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 187.044</b>
----------------------	-------------------



# CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL con documento CEDULA DE CIUDADANIA 14636416, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL con documento CC 14636416, como se detalla a continuación:

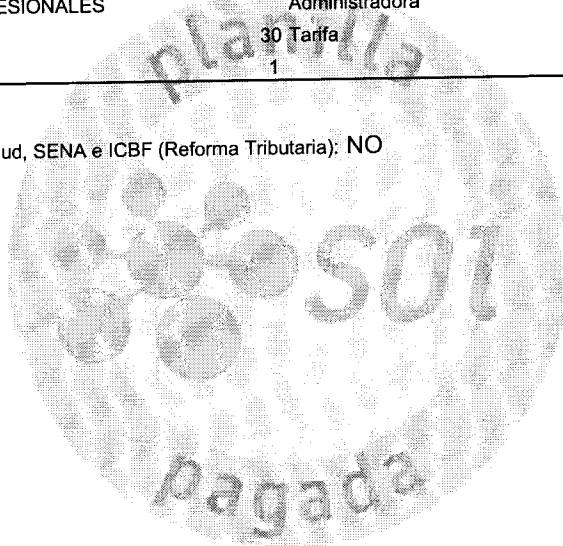
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7225038983	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	MAYO/2015	Periodo Cotización Salud	MAYO/2015
Fecha Pago	2015/05/05	Número de Autorización	5050511596

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30 Tarifa		16,000 %

SALUD		Administradora	EPS016 - COOMEVA E.P.S S.A
Días	30 Tarifa		12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4 - AXA COLPATRIA
Días	30 Tarifa		0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO





# CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL con documento Cedula de Ciudadania 14636416, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL con documento CC 14636416, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7229128987	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	JUNIO/2015	Periodo Cotización Salud	JUNIO/2015
Fecha Pago	2015/06/05	Número de Autorización	5060542433

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %

SALUD		Administradora	EPS016 - COOMEVA E.P.S S.A
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-4 - AXA COLPATRIA
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



# CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL con documento Cedula de Ciudadania 14636416, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL con documento CC 14636416, como se detalla a continuación:

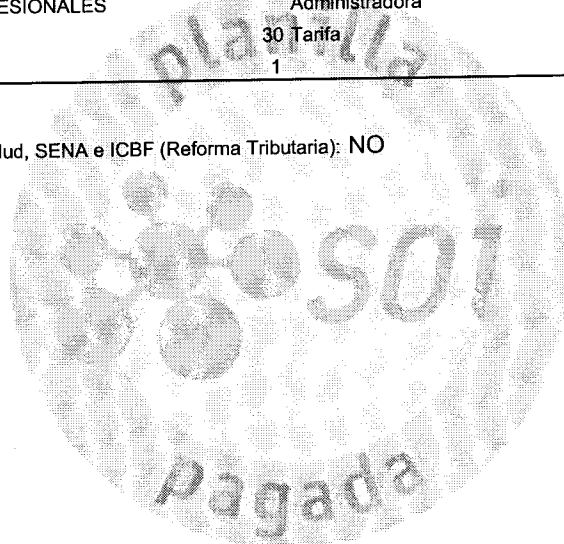
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7233084153	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	JULIO/2015	Periodo Cotización Salud	JULIO/2015
Fecha Pago	2015/06/25	Número de Autorización	5062528427

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN	Administradora	230301 - PORVENIR	
Días	30 Tarifa		16,000 %

SALUD	Administradora	EPS016 - COOMEVA E.P.S S.A	
Días	30 Tarifa		12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES	Administradora	14-4 - AXA COLPATRIA	
Días	30 Tarifa		0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO





## Registro Transacciones Caja

No. TRN 262 RECAUDOS SOI-  
OFICINA 108 Oficina Chipichape  
CAJERO ALPP0681  
FECHA 2015/08/10 HORA 15:20:49  
CEDULA/NIT 14536416

EFFECTIVO 529,156.00

TOTAL 529,156.00

PLANILLA 7245033078

Periodo de pago: Año 2015 Mes 8

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA INFORMACION  
IMPRESA ES CORRECTA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OFIXPRES S.A. MANTENIMIENTO

Cliente

SF-FT-511/V4(Anverso)





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 14636416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HENRY AUGUSTO MEDINA VILLARREAL	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 18 N 66-51 APT 502A	TÉLEFONO: 3962449
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: OTRAS ACTIVIDADES
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	NO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7246033078	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2015	SALUD:
DÍAS DE MORA:	5	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 5081018817
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2015/08/10	
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7240106340	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2015/08/03

ASOCIADA: 1240100000					
LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 291.800
SUBTOTAL:				1	\$ 291.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.		1	\$ 227.956
SUBTOTAL:				1	\$ 227.956
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860002183	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		1	\$ 9.400
SUBTOTAL:				1	\$ 9.400

TOTAL PAGADO:	\$ 529.156
---------------	------------