

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<input type="text" value="María Liliana Salazar Bravo"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="41.901.010"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-275-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="23/11/2015"/>	al	<input type="text" value="15/12/2015"/>

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Vicerrectoría administrativa.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

El presente contrato será hasta el 30 del mes de diciembre del 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
obligaciones son : 1,prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. 2,cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. 3. realizar actividades de apoyo para la digitalización de datos de la encuesta a satisfacción 2015 de los usuarios del Sistema Integrado de Gestión de la Institución y de otras encuestas que se apliquen a la IPS Institucional y las cuales se debe rendir informe	 100% 100% 100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Adelantó la gestión documental a los procedimientos, guías e instructivos y formatos que se ejecutan en la Vicerrectoría Administrativa, en lo que tiene relación con las Unidad de Desarrollo Humano, verificando que existen varios formatos sueltos, es decir, que no están amarrados al procedimiento, por lo cual entregue informe a la Unidad de Desarrollo Humano para incluirlos dentro de las condiciones generales de dicho procedimiento.
- Adelantó la gestión documental a los formatos de Autoevaluación que fueron creados con fines de acreditación por la Oficina Asesora de Planeación.
- Digitó 377 Encuestas de Satisfacción de los Usuarios dentro de la matriz diseñada para tal fin.

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

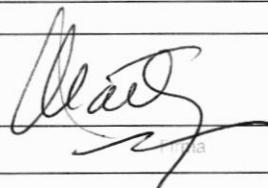
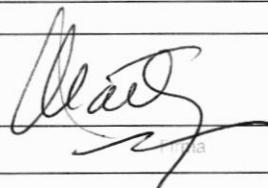
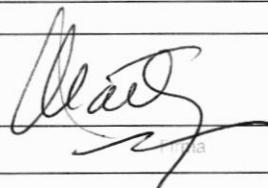
7. INFORME FINANCIERO:

Valor del Contrato:	\$13.200.000
Valor a Pagar:	\$2.200.000
Valor Ejecutado:	\$13.200.000

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

Valor por Ejecutar:	\$0
---------------------	-----

8. OBSERVACIONES:
Se da por terminado el contrato, satisfaciendo la necesidad de la institución

9. SUPERVISOR:		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> MARIA ISABEL ANDRADE 29.184.675 </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;">  </td> </tr> </table>	MARIA ISABEL ANDRADE 29.184.675	
MARIA ISABEL ANDRADE 29.184.675		

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

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<input type="text" value="María Liliana Salazar Bravo"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="41.901.010"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-275-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="23/10/2015"/>	al	<input type="text" value="23/11/2015"/>

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Vicerrectoría administrativa.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

El presente contrato será hasta el 30 del mes de diciembre del 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
obligaciones son :	
1,prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia.	100%
2,cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.	100%
3. realizar actividades de apoyo para la digitalización de datos de la encuesta a satisfacción 2015 de los usuarios del Sistema Integrado de Gestión de la Institución y de otras encuestas que se apliquen a la IPS Institucional y las cuales se debe rendir informe	85%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

1. Actualizó los códigos de los documentos de los procesos de docencia, gestión administrativa e innovación a la gestión. De conformidad a las tablas de retención documental

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:	\$13.200.000
Valor a Pagar:	\$2.200.000
Valor Ejecutado:	\$11.000.000
Valor por Ejecutar:	\$2.200.000

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

8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:	
<p>MARIA ISABEL ANDRADE</p> <p>29.184.675</p>	 <p>Firma</p>

 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	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:	<input type="text" value="María Liliana Salazar Bravo"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="41.901.010"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-275-2015"/>	Valor a pagar: \$ <input type="text" value="2.200.000"/>

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

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE	
29.184.675	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

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	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="MARIA LILIANA SALAZAR BRAVO"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="41.901.010"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-275-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="23/09/2015"/>	al <input type="text" value="23/10/2015"/>

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

- Actualice el código de conformidad a las tablas de retención documental, la versión y la fecha y los correspondientes ajustes de conformidad al procedimiento en los procesos correspondientes a Innovación a la Gestión, en lo referente a la Oficina Asesora de Planeación, revisando con la Jefe de dicha oficina los correspondientes manuales, guías e instructivos y los formatos. Así mismo efectué la revisión correspondiente a la actualización documental presentada por la Unidad de Sistemas, haciendo los ajustes correspondientes y la impresión de los procedimientos, guías e instructivos, formatos y manuales.
- Adelante dicha actualización documental en los procedimientos y formatos de la Secretaría General, en lo referente al procedimiento de Petición, Quejas, Reclamos y sugerencias – PQRS y el procedimiento de Grados, con sus correspondientes formatos, se encuentra pendiente de revisión por parte de la Secretaría General (E).
- Revise los ajustes posteriores efectuados por la Directora Técnica de Tesorería, en lo referente al procedimiento y formatos de INGRESOS y la impresión de los documentos finales.

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

SI NO

4. CONTRATISTA:



 MARIA LILIANA SALAZAR BRAVO
 CC 41.901.010 de Armenia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41901010
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA LILIANA SALAZAR BRAVO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 3 10 65 OF 901 ED GRAN	TELÉFONO:	8800030
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:	790108263	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2015	SALUD:	AÑO: 2015

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2015/10/23	21	\$ 4.200	\$ 259.600
2015/10/26	24	\$ 4.900	\$ 260.300
2015/10/27	25	\$ 5.100	\$ 260.500
2015/10/28	26	\$ 5.300	\$ 260.700
2015/10/29	27	\$ 5.500	\$ 260.900
2015/10/30	28	\$ 5.600	\$ 261.000

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 140.800
SUBTOTAL:				1	\$ 140.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800250119	EPS013	EPS013-SALUDCOOP		1	\$ 110.000
SUBTOTAL:				1	\$ 110.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 4.600
SUBTOTAL:				1	\$ 4.600

TOTAL POR PAGAR:	\$ 259.600
-------------------------	-------------------

 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 Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<input type="text" value="María Liliana Salazar Bravo"/>
Documento de Identificación:	<input type="text" value="41.901.010"/>
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/> No. de Contrato: <input type="text" value="1-06-03-275-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="23/09/2015"/> al <input type="text" value="23/10/2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Vicerrectoría administrativa.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
El presente contrato será hasta el 30 del mes de diciembre del 2014.

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:	
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
obligaciones son : 1,prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia. 2,cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. 3. realizar actividades de apoyo para la digitalización de datos de la encuesta a satisfacción 2015 de los usuarios del Sistema Integrado de Gestión de la Institución y de otras encuestas que se apliquen a la IPS Institucional y las cuales se debe rendir informe	 100% 100% 80%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:
1. Actualizó el código de los documentos de los procesos de Innovación a la Gestión, Oficina de Planeación, unidad de sistemas. De conformidad a las tablas de retención documental 2. Realizó la actualización de la documentación del proceso de Gestión financiera y lo concerniente a la Secretaría General

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:	\$13.200.000
Valor a Pagar:	\$2.200.000
Valor Ejecutado:	\$4.400.000
Valor por Ejecutar:	\$8.800.000

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

8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:
<u>MARIA ISABEL ANDRADE</u>  29.184.675

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

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

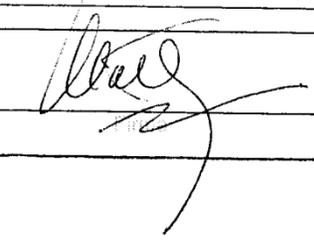
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: LINA MARCELA GONZALEZ JIMENEZ
 Documento de Identificación: 1.062.286.806
 No. de Contrato: 1-06-03-70-2015 Valor a pagar: \$ 2.600.000=

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

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE
 C.C.No.29.184.675
Nombre y No. Documento de Identidad


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>	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="LINA MARCELA GONZALEZ JIMENEZ"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="C.C.No.1.062.286.806"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-70-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="29 DE AGOSTO 2015"/>	al <input type="text" value="25 DE SEPTIEMBRE 2015"/>

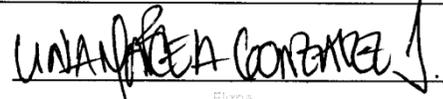
2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):

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
 Realizo la evaluación y tratamiento de los pacientes atendidos en la IPS

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

SI NO

4. CONTRATISTA:

LINA MARCELA GONZALEZ JIMENEZ C.C.No.1.062.286.806	
<small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	<small>Firma</small>

Fecha Día 25 Mes 09 Año 2015

10. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:

Documento de Identificación:

Tipo de Contrato: No. de Contrato:

Periodo evaluado y/o supervisado: Del al

11. OBJETO:

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

12. TERMINO DEL CONTRATO:

Para efectos del cumplimiento del contrato el término será desde el 29 de Enero hasta 31 de Diciembre 2015 tiempo contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución sin exceder la presente vigencia fiscal

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
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%

14. PRODUCTOS ENTREGADOS:

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

15. 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

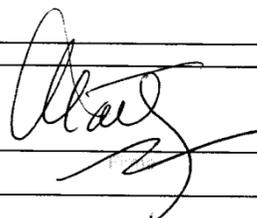
16. INFORME FINANCIERO:

Valor del Contrato:	\$ 28.600.000=
Valor a Pagar:	\$2.600.000=
Valor Ejecutado:	\$20.800.000=
Valor por Ejecutar:	\$7.800.000=

17. OBSERVACIONES:

18. SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE
 C.C. 29184675


 Nombre y No. Documento de Identidad