

 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

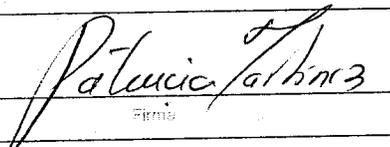
Para:

De:

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<u>COMFANDI</u>
Documento de Identificación:	<u>890.303.208-5</u>
No. de Contrato:	<u>1-06-03-279-2015</u> Valor a pagar: \$ <u>2.030.000.00</u>

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 type="checkbox"/>
Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	Constancia de pago de la AFP (Copia)	<input 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 type="checkbox"/>
RUT (Primer Pago)	<input type="checkbox"/>	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	<input checked="" type="checkbox"/>
Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>	RUT (Primer Pago)	<input checked="" type="checkbox"/>
		Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* ¹	<input checked="" type="checkbox"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado* ²	<input type="checkbox"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:	
PATRICIA MARTINEZ CC. 31.915.457 <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	 <small>Firma</small>

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

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
NIT 890.303.208-5

Comfandi



Carrera 23 No 26B - 46 Cali - Colombia
Sede Administrativa y de Servicios El Prado
Conmutador 3340000
E-MAIL: atencionalcliente@comfandi.com.co



805001868010206406

Agente retenedor impuesto sobre la venta. Grandes contribuyentes según Resolución No 041 de 2014/01/31 Autorretenedores de Industria y Comercio, según resolución No 0083 de 1997/01/31. Somos Contribuyentes del Impuesto de renta únicamente por el Área de Mercadeo, Artículo 19-2 Estatuto Tributario Somos Autorretenedores en Renta, según resolución No1660 de Marzo 7 de 2000. Numeración consecutiva habilitada del N° 10186187 al 20000000 Según resolución DIAN No. 50000376777 de 2014/10/29 No somos sujetos pasivos del CREE / Entidad sin Ánimo de Lucro. Art. 1 D.R. 862/13.

CLIENTE: ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE	FACTURA DE VENTA 10206406
NIT: 8050018680	FECHA FACTURA 06.07.2015
DIRECCIÓN: CL 9 34 01	FECHA VENCIMIENTO 05.08.2015
TELÉFONO: (2) 5540404	
CIUDAD: CALI	

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR. UNITARIO	IVA %	VALOR TOTAL
8800991	STAND VALLEMPRESA	1	1.750.000	16	1.750.000

Son: DOS MILLONES TREINTA MIL PESOS MCTE.	SUBTOTAL	1.750.000
	MENOS DESCUENTOS	0
	VALOR IVA	280.000
	IMP. NACIONAL AL CONSUMO	0
	VALOR A PAGAR	2.030.000

OBSERVACIONES ALQUILER STAND VALLEMPRESA JULIO 9 Y 10. RECTORIA	FIRMA Y SELLO ACEPTADA
---	------------------------

CLIENTE

VIGILADA
DEL SECTOR SALUD

BANCO

Comfandi



CLIENTE ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE
FACTURA No 10206406
FECHA VENCIMIENTO 05.08.2015



805001868010206406

BANCO
CUENTA N.
CUENTA CORRIENTE
CUENTA DE AHORROS

BANCO DE BOGOTÁ
48462487-9

X

TARJETA DE CREDITO
CHEQUE No.
EFECTIVO
OTRO
CUAL

TOTAL A PAGAR

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

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<input type="text" value="COMFANDI"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="890.303.208-5"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="PRESTACION SE SERVICIOS"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-279-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="02 DE JULIO 2014"/>	al	<input type="text" value="06 DE JULIO DE 2.014"/>

1. OBJETO:

Prestación se servicios en promoción, difusión y divulgación de portafolio de servicios académicos ofertados por la I. U. Escuela Nacional del Deporte a través de la ubicación de Stand Publicitario durante la realización del evento Organizado por Comfandi VALLEMPRESA 365 Inspirando Ideas y Negocios.

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Dos (2) días

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> • Prestar los servicios con responsabilidad, calidad, lealtad y eficiencia en el desarrollo del contrato. • Prestar los servicios de adecuación de stand publicitario de 3x2m para ubicación de promoción de los Programas Académicos de la IU Escuela Nacional del Deporte. • Efectuar los pagos de Aportes a seguridad social.. • Informar al supervisor del contrato sobre cualquier anomalía que impida la correcta ejecución del objeto contractual. 	100 %

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:

5. 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

6. INFORME FINANCIERO:

Valor del Contrato:	2.030.000.00
Valor a Pagar:	2.030.000.00
Valor Ejecutado:	2.030.000.00
Valor por Ejecutar:	.00

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI -
NIT 890.303.208-5**

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con los registros contables y los correspondientes documentos de respaldo, la Caja no presenta pagos pendientes vencidos y durante los últimos seis meses efectuó oportunamente los pagos correspondientes a sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y servicio nacional de Aprendizaje, en relación con sus empleados.

La presente certificación se expide con destino a la **ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE NIT.805.001.868-0** a los veintiún (21) días del mes de Julio del 2015.


CONSTANZA COLLAZOS G.

Revisora fiscal

Tarjeta Profesional 36623-T

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI -
NIT 890.303.208-5**

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con los registros contables y los correspondientes documentos de respaldo, la Caja no presenta pagos pendientes vencidos y durante los últimos seis meses efectuó oportunamente los pagos correspondientes a sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y servicio nacional de Aprendizaje, en relación con sus empleados.

La presente certificación se expide con destino a la **ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE** a los siete (08) días del mes de Julio del 2015.



CONSTANZA COLLAZOS G.
Revisora fiscal
Tarjeta Profesional 36623-T

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI -
NIT 890.303.208-5**

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con los registros contables y los correspondientes documentos de respaldo, la Caja no presenta pagos pendientes vencidos y durante los últimos seis meses efectuó oportunamente los pagos correspondientes a sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y servicio nacional de Aprendizaje, en relación con sus empleados.

La presente certificación se expide con destino a la **ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE NIT. 805.001.868-0** Al primer día (01) días del mes de Julio del 2015.



CONSTANZA COLLAZOS G.

Revisora fiscal

Tarjeta Profesional 36623-T