


| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
|  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 |

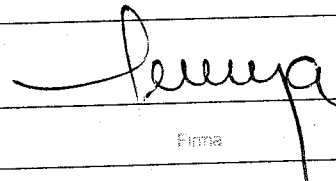
Fecha: Día Mes Año

Para:


De:

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

| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: | | | |
|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| Nombre Contratista: | <u>JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA</u> | | |
| Documento de Identificación: | <u>94.506.002</u> | | |
| No. de Contrato: | <u>1-06-03-296-2015</u> | Valor a pagar: \$ | <u>6.500.000</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 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 checked="" type="checkbox"/> |
| | | 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: | |
|---|--|
| <u>Luz Stella Murillo Zabala</u> <small>66.868.266</small> |  <small>Firma</small> |

¹ Los Documentos soportes de pago deben reposar en la carpeta del Contrato.
² El Anticipo o Pago Anticipado se debe anexar pago de Seguridad Social o certificado

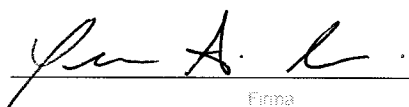
| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA | INFORME DE ACTIVIDADES | Código: IG.1.19.04.08 |
| | | Fecha: 8/07/2013 |
| | | Versión: 4 |
| | | Página 1 de 1 |

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

| | | |
|--|--|--|
| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: | | |
| Nombre Contratista: | <input type="text" value="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | |
| No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> | |
| Periodo de ejecución de la actividad: | Del <input type="text" value="07/09/2015"/> | al <input type="text" value="30/09/2015"/> |

| |
|---|
| 2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual): Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cuales se tiene: 1. Realicé presentación al equipo técnico del funcionamiento y manejo del software 2. Configuré el servidor en la aplicación que soporta el Software de Autoevaluación. 3. Implementé del Software de Autoevaluación de Programas e Institucional. |
|---|

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

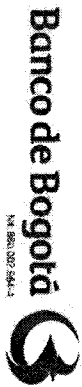
| | |
|--|---|
| 4. CONTRATISTA: | |
| JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA 94.506.002 |  Firma |

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| Identificación | 94506002 | Sucursal | PRINCIPAL | Teléfono | 3752338 |
| Razón Social | JIMER ANTONIO CRUZ SILVA | Dirección | CRA 102 No 42-65 APTO 323 | Fecha Pago | |
| Clase de Aportante | I - Independiente | Ciudad | CALI | Periodo Salud | Septiembre-15 |
| Banco | | No Planilla | 5953789 | Periodo Pensión | Septiembre-15 |
| Total a Pagar | \$779,700 | Total Intereses Mora | \$12,700 | Estado | Lista para pago |
| Número Dias en Mora | 21 | | | | |



| PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---------|----------|-----------|-----------|---------------|------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------|------------------|
| Código | Nombre | NIT | Afiliados | Sumatoria IBC | Colización | Voluntaria Afiliado | Voluntaria Empleador | Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Interés Mora | Total antes Mora |
| 230301 | Porvenir | 800224896 | 1 | \$2,600,000 | \$416,000 | \$0 | \$0 | \$13,000 | \$13,000 | \$7,300 | 442000 |
| Totales | | | | \$2,600,000 | \$416,000 | \$0 | \$0 | \$13,000 | \$13,000 | \$7,300 | \$442,000 |

| SALUD | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----|--------------|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------|
| Código | Nombre | NIT | Afiliados | Sumatoria IBC | Colización | IPC | Interés Mora | Autorización Incapacidades | Valor Incapacidades | Autorización Licencias | Valor Licencias |
| EPS012 | Comfinaleco valle E.P.S. | 890303093 | 1 | \$2,600,000 | \$325,000 | \$0 | \$5,400 | | \$0 | | \$0 |
| Totales | | | | \$2,600,000 | \$325,000 | \$0 | \$5,400 | | \$0 | | \$0 |



Comprobante de consignación efectivo y cheques
Bancos Locales- Recauda carné Empresarial

Apreciado cliente:

Favor verificar que el valor registrado sea igual al entregado por usted, este recibo solo es válido con el timbre de la máquina registradora o la firma y sello del Cajero. La cual, la total del depósito de cheques está sujeta a verificación y sus valores al buen cobro y a que se examine la legitimación, la cadena de endosos, firmas y coincidencias de sus datos con los de este recibo y sólo después de hechas estas comprobaciones el Banco procesará la operación, en virtud de la cual el cliente autoriza desde ahora al Banco para realizar en sus saldos los ajustes, correcciones y asientos provisionales y finales a que haya lugar, siendo entendido que la copia del formulario de consignación que se devuélva al depositante sellada por el banco no implica constancia de recibo respecto a las sumas no depositadas en efectivo.


TIMBRE MÁQUINA REGISTRADORA

2049 004714203 446532 1203
ETX24/09/15 19:17H. Adm. Centro Box
20180803 N. PLANILLA
PLANILLA No. 000008305953789
1400171 CACION 94506002
VALOR PLANILLA: 781,500.00
CARGO Centro Box
Valor Efectivo: 781,500.00

Firma y sello del Cajero

21/09/2015 10:40:22 2-Derechos: 2007

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | | |
| Tipo de Contrato: | <input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/> | No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del <input type="text" value="07/09/2015"/> | al | <input type="text" value="30/09/2015"/> |

| |
|--|
| 1. OBJETO: |
| Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programas académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte |


| |
|----------------------------------|
| 2. TERMINO DEL CONTRATO: |
| Hasta el 31 de diciembre de 2015 |

| 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: | |
|--|--------------------------------|
| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
| obligaciones son : | |
| 1. Entregar software de autoevaluación de programas. | 100% |
| 2. Entregar manual de usuario en forma digital. | 50% |
| 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del software. | 25% |
| 4. Brindar soporte técnico | 25% |

| |
|--|
| 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: |
| Software de Autoevaluación de Programas. |

| | |
|---|---|
| 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: | \$26.000.000 |
| Valor a Pagar: | \$6.500.000 |
| | \$6.500.000 |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
|  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:


Documento de
Identificación:

No. de Contrato: Valor a pagar: \$

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:

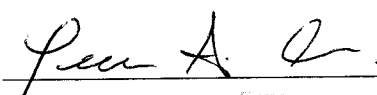
| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA | INFORME DE ACTIVIDADES | Código: IG.1.19.04.08 |
| | | Fecha: 8/07/2013 |
| | | Versión: 4 |
| | | Página 1 de 1 |

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

| | |
|--|--|
| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: | |
| Nombre Contratista: | <input type="text" value="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> |
| No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> |
| Periodo de ejecución de la actividad: | Del <input type="text" value="01/10/2015"/> al <input type="text" value="31/10/2015"/> |

| |
|--|
| 2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual): Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cuales se tiene: 1. Implementé aplicación de Autoevaluación en el ambiente de producción 2. Realicé el cargue de encuestas al software Encuesta estudiantes Deporte Encuesta estudiantes Fisioterapia Encuesta personal administrativo 3. Realicé reunión con el equipo técnico para el cargue de información al sistema. |
|--|

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

| | |
|--|---|
| 4. CONTRATISTA: | |
| JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA 94.506.002 |  Firma |

Último ingreso exitoso: 2015-11-04 / 08:39:03 AM | Último ingreso fallido: 2015-10-28 / 11:55:13 AM

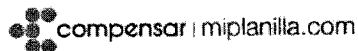
| | | | | | | | |
|-------|-----------|-----------|----------------|-------|----------------|---------|-------|
| Datos | Empleados | Planillas | Contribuciones | Pagos | Financiamiento | Seguros | Salud |
|-------|-----------|-----------|----------------|-------|----------------|---------|-------|

Periodo Pensión: Noviembre 2015. Periodo Salud: Noviembre 2015.

Noviembre 4 de 2015 / 9:20 AM

Inicio Planillas - Pagos por Administradora

Planillas / Pagos por Administradora



Razón Social Recauda Compensar OI
NIT Recauda 9998600669427
Descripción MiPlanilla.com Pago Protección Social
Fecha de Pago 11/4/2015
Periodo Cotización Salud 10/2015
Empresa JIMER ANTONIO CRUZ SILVA
Nit 94506002
Número de Radicación 8306920659
CUS Código único de seguimiento de la transacción: 6920659
Número de Administradoras 2
Número de Empleados 1
Total Pagado \$787,800.00
Medio de Pago Pago en Cajas
Banco 1052
Estado de la Transacción: Transacción Aprobada


| Código | NIT | Empresa | Número de incapacidades (y/o licencias) de incapacidad | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado | No. Afiliados |
|--------|-----------|------------------------|--|--|--------------|---------------|
| 230301 | 800224808 | Porvenir | | \$0.00 | \$454,000.00 | 1 |
| EPS012 | 890303093 | Confenaco valle E.P.S. | | \$0.00 | \$333,800.00 | 1 |
| 1 | | | | | | |

Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

Le informamos que el pago de la planilla No. 8306920659, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#)[Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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 03 Mes 11 Año 2015

| | | | |
|--|---|------------------|--|
| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: | | | |
| Nombre Contratista: | JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA | | |
| Documento de Identificación: | 94.506.002 | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS | No. de Contrato: | 1-06-03-296-2015 |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del 01/10/2015 | al | 31/10/2015 |

| |
|--|
| 1. OBJETO: |
| Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programas académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte |


| |
|----------------------------------|
| 2. TERMINO DEL CONTRATO: |
| Hasta el 31 de diciembre de 2015 |

| 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: | |
|--|--------------------------------|
| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
| obligaciones son : | |
| 1. Entregar software de autoevaluación de programas. | 100% |
| 2. Entregar manual de usuario en forma digital. | 60% |
| 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del software. | 50% |
| 4. Brindar soporte técnico | 50% |

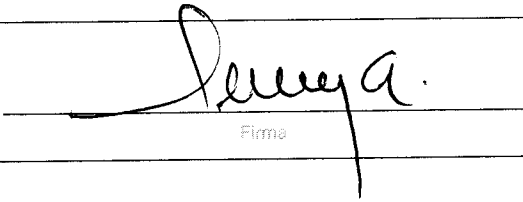
| |
|-----------------------------------|
| 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: |
| Capacitación equipo técnico. |
| Cargue de información al software |


| |
|---|
| 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: | \$26.000.000 |
| Valor a Pagar: | \$6.500.000 |
| | \$19.500.000 |

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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: |
| <div><div>Luz Stella Murillo Zabala</div><div> Firma</div></div> |

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
|  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.

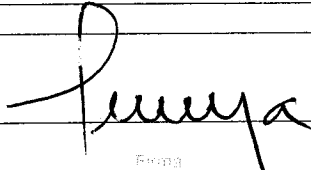
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:


| | | |
|------------------------------|--|--|
| Nombre Contratista: | <input type="text" value="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | |
| No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> | Valor a pagar: \$ <input type="text" value="6.500.000"/> |

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:

| | |
|--|--|
| <input type="text" value="Luz Stella Murillo Zabala"/> |  |
| 66.868.266 | Firma |

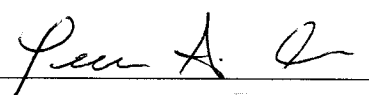
| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA | INFORME DE ACTIVIDADES | Código: IG.1.19.04.08 |
| | | Fecha: 8/07/2013 |
| | | Versión: 4 |
| | | Página 1 de 1 |

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

| | | |
|--|--|--|
| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: | | |
| Nombre Contratista: | <input type="text" value="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | |
| No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> | |
| Periodo de ejecución de la actividad: | Del <input type="text" value="01/10/2015"/> | al <input type="text" value="31/10/2015"/> |

| |
|--|
| 2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual): Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cuales se tiene: 1. Implementé aplicación de Autoevaluación en el ambiente de producción 2. Realicé el cargue de encuestas al software Encuesta estudiantes Deporte Encuesta estudiantes Fisioterapia Encuesta personal administrativo 3. Realicé reunión con el equipo técnico para el cargue de información al sistema. |
|--|

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

| | |
|--|---|
| 4. CONTRATISTA: | |
| JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA 94.506.002 |  Firma |

Último ingreso exitoso: 2015-11-04 / 08:39:03 AM | Último ingreso fallido: 2015-10-28 / 11:55:13 AM

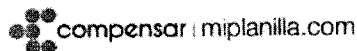
| | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Inicio | Empleados | Pago | Cotización | Reportes | Trámites | Consultas | Salir |
|------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|

Periodo Pensión: Noviembre 2015. Periodo Salud: Noviembre 2015.

Noviembre 4 de 2015 / 9:20 AM

[Inicio](#) > [Pagos](#) > Pagos por Administradora

Planillas / Pagos por Administradora



| | |
|---|---------------------------------------|
| Razón Social Recaudo | Compensar OI |
| NIT Recaudo | 9998600669427 |
| Descripción | MiPlanilla.com Pago Protección Social |
| Fecha de Pago | 11/4/2015 |
| Periodo Cotización Salud | 10/2015 |
| Empresa | JIMER ANTONIO CRUZ SILVA |
| Nit | 94506002 |
| Número de Radicación | 8306920659 |
| CUS Código único de seguimiento de la transacción: | 6920659 |
| Número de Administradoras | 2 |
| Número de Empleados | 1 |
| Total Pagado | \$787,800.00 |
| Medio de Pago | Pago en Cajas |
| Banco | 1052 |
| Estado de la Transacción: | Transacción Aprobada |


| Código | NIT | Proveedor | Número de incapacidades y/o licencias de enfermedad | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado | No Afiliados |
|--------|-----------|-------------------------|---|--|--------------|--------------|
| Z30901 | 800224808 | Porvenir | | \$0.00 | \$454,000.00 | 1 |
| EPS012 | 890303093 | Confenaleo valle E.P.S. | | \$0.00 | \$333,800.00 | 1 |
| 1 | | | | | | |

Si descontó incapacidades o notas crédito debe informarse a la administradora correspondiente los descuentos

Le informamos que el pago de la planilla No. 8306920659, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#)[Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | | |
| Tipo de Contrato: | <input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/> | No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del <input type="text" value="01/10/2015"/> | al | <input type="text" value="31/10/2015"/> |

| |
|--|
| 1. OBJETO: |
| Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programas académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte |


| |
|----------------------------------|
| 2. TERMINO DEL CONTRATO: |
| Hasta el 31 de diciembre de 2015 |

| 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: | |
|---|--------------------------------|
| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
| obligaciones son : | |
| 1. Entregar software de autoevaluación de programas. | 100% |
| 2. Entregar manual de usuario en forma digital. | 60% |
| 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del software. | 50% |
| 4. Brindar soporte técnico | 50% |


| |
|-----------------------------------|
| 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: |
| Capacitación equipo técnico. |
| Cargue de información al software |


| | |
|---|---|
| 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: | \$26.000.000 |
| Valor a Pagar: | \$6.500.000 |
| | \$13.000.000 |

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------|
|  <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE 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: |
| <div>Luz Stella Murillo Zabala</div> <div> Firma</div> |

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|
|  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 03 Mes 11 Año 2015

Para: Dra. Sonia Lorena Rosero - Tesorera

De: Luz Stella Murillo Zabala – Jefe Oficina Asesora de Planeación (E)

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA
Documento de Identificación: 94.506.002
No. de Contrato: 1-06-03-296-2015 Valor a pagar: \$ 6.500.000

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:

Luz Stella Murillo Zabala
66.868.266

*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

04-11-2015
11:10:45 AM

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|
|  <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p> | <p>INFORME DE ACTIVIDADES</p> | 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="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | | |
| No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> | | |
| Periodo de ejecución de la actividad: | Del | <input type="text" value="01/10/2015"/> | al <input type="text" value="31/10/2015"/> |

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

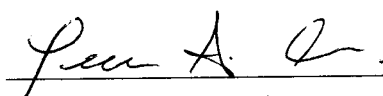
- Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cuales se tiene:
1. Implementé aplicación de Autoevaluación en el ambiente de producción
 2. Realicé el cargue de encuestas al software
Encuesta estudiantes Deporte
Encuesta estudiantes Fisioterapia
Encuesta personal administrativo
 3. Realicé reunión con el equipo técnico para el cargue de información al sistema.

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

SI ☒ NO ☐

4. CONTRATISTA:

JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA
94.506.002



Último ingreso exitoso: 2015-11-04 / 08:39:03 AM | Último ingreso fallido: 2015-10-28 / 11:55:13 AM

Periodo Pension: Noviembre 2015. Periodo Salud: Noviembre 2015. Noviembre 4 de 2015 / 9:20 AM

Pagos por Administradora

Planillas / Pagos por Administradora



| | |
|--|---------------------------------------|
| Razón Social Recaudo | Compensar OI |
| NIT Recaudo | 9998600669427 |
| Descripción | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social |
| Fecha de Pago | 11/4/2015 |
| Periodo Cotización Salud | 10/2015 |
| Empresa | JIMER ANTONIO CRUZ SILVA |
| Nit | 94506002 |
| Número de Radicación | 8306920659 |
| CUS Código único de seguimiento de la transacción: | 6920659 |
| Número de Administradoras | 2 |
| Número de Empleados | 1 |
| Total Pagado | \$787,800.00 |
| Medio de Pago | Pago en Cajas |
| Banco | 1052 |
| Estado de la Transacción: | Transacción Aprobada |

| Código de Radicación | | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización | | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización |
|----------------------|-----------|--|--------|--|--|--|
| Código de Radicación | | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización | | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización | Valor de descuento por el trabajador en el periodo de cotización |
| 230301 | 800224806 | Porvenir | \$0.00 | \$454,000.00 | 1 | |
| EPS012 | 890303093 | Compensar OI | \$0.00 | \$333,800.00 | 1 | |

Si descuentos, incapacidades o otras, crédito debe informarse a la administradora correspondiente los descuentos

Le informamos que el pago de la planilla No. 8306920659, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Fecha Día 03 Mes 11 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------|------------------|
| Nombre Contratista: | JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA | | |
| Documento de Identificación: | 94.506.002 | | |
| Tipo de Contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS | No. de Contrato: | 1-06-03-296-2015 |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del 01/10/2015 | al | 31/10/2015 |

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programas académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

2. TERMINO DEL CONTRATO:

Hasta el 31 de diciembre de 2015

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

| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
|---|--------------------------------|
| obligaciones son : | |
| 1. Entregar software de autoevaluación de programas. | 100% |
| 2. Entregar manual de usuario en forma digital. | 60% |
| 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del software. | 50% |
| 4. Brindar soporte técnico | 50% |

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

Capacitación equipo técnico.
Cargue de información al software

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"/> |

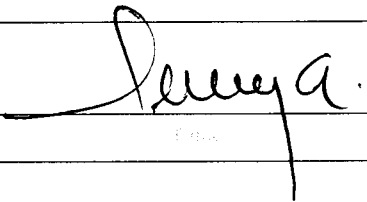
7. INFORME FINANCIERO:


| | |
|---------------------|--------------|
| Valor del Contrato: | \$26.000.000 |
| Valor a Pagar: | \$6.500.000 |
| Valor Ejecutado: | \$13.000.000 |
| Valor por Ejecutar: | \$13.000.000 |

8. OBSERVACIONES:

9. SUPERVISOR:

Luz Stella Murillo Zabala



| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | | |
| Tipo de Contrato: | <input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/> | No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del <input type="text" value="01/11/2015"/> | al | <input type="text" value="30/11/2015"/> |

| |
|--|
| 1. OBJETO: |
| Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programas académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte |


| |
|----------------------------------|
| 2. TERMINO DEL CONTRATO: |
| Hasta el 31 de diciembre de 2015 |

| 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: | |
|---|--------------------------------|
| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
| obligaciones son : | |
| 1. Entregar software de autoevaluación de programas. | 100% |
| 2. Entregar manual de usuario en forma digital. | 60% |
| 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del software. | 75% |
| 4. Brindar soporte técnico | 75% |

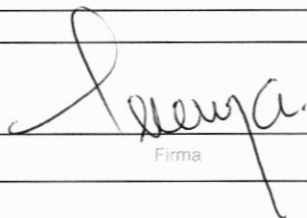
| |
|-----------------------------------|
| 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: |
| Capacitación equipo técnico. |
| Cargue de información al software |


| |
|--|
| 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: | \$26.000.000 |
| Valor a Pagar: | \$6.500.000 |
| Valor Ejecutado: | \$19.500.000 |
| Valor por Ejecutar: | \$6.500.000 |

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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: |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> Luz Stella Murillo Zabala </div> <div style="width: 45%; text-align: center;">  <small>Firma</small> </div> </div> |

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|
|  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="JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA"/> | | |
| Documento de Identificación: | <input type="text" value="94.506.002"/> | | |
| Tipo de Contrato: | <input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/> | No. de Contrato: | <input type="text" value="1-06-03-296-2015"/> |
| Periodo evaluado y/o supervisado: | Del <input type="text" value="01/12/2015"/> | al | <input type="text" value="31/12/2015"/> |

| |
|--|
| 1. OBJETO: |
| Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta en funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programas académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte |


| |
|----------------------------------|
| 2. TERMINO DEL CONTRATO: |
| Hasta el 31 de diciembre de 2015 |

| 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: | |
|---|--------------------------------|
| OBLIGACIONES | EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) |
| obligaciones son : | |
| 1. Entregar software de autoevaluación de programas. | 100% |
| 2. Entregar manual de usuario en forma digital. | 100% |
| 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del software. | 100% |
| 4. Brindar soporte técnico | 100% |


| |
|-----------------------------------|
| 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: |
| Manual Software |
| Cargue de información al software |

| |
|--|
| 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: | \$26.000.000 |
| Valor a Pagar: | \$6.500.000 |
| Valor Ejecutado: | \$26.000.000 |
| Valor por Ejecutar: | \$0 |

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

| |
|-------------------|
| 8. OBSERVACIONES: |
| |

| |
|--|
| 9. SUPERVISOR: |
| <div>Luz Stella Murillo Zabala</div> <div> Firma</div> |