

### **AUTORIZACION DE PAGO**

Código:IG.1.19.04.11
Fecha: 08/07/2013
Versión: 5
Página 1 de 1

				Fecha: Día 1 Mes 10 Año	2015
Para: D	ra. Sonia I	orena Rosero - Te	sorera		
De:	uz Stella N	furillo Zabala – Jefe	e Oficir	na Asesora de Planeación (E)	
· ·				go, formato diligenciado y verificado.	
1. INFORM	ACIÓN GE	NERAL DEL CON	TRATI	STA:	
Nombre Co	ntratista:	JIMMER ANTONI	O CRL	IZ SILVA	
Documento Identificació		94.506.002			
No. de Con	trato:	1-06-03-296-2015		Valor a pagar: \$ _6.500.000	
2. DOCUME	NTOS SC	PORTE DE PAGO			
сомі	PRAS Y S	UMINISTRO	Casilla de Verifiación	SERVICIOS	Casilla de Verifiación
Informe de	Supervisić	n (Original)		Informe de Supervisión (Original)	X
Formato Ing	greso Alma	acén (Original)		Constancia de pago de la EPS (Copia)	X
Constancia de Parafisc	de cump ales y Seg	limiento de pago uridad Social		Constancia de pago de la AFP (Copia)	X
Documento Cuenta de equivalente	Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento			Constancia de pago de la ARL (Copia)	X
RUT (Prime				Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	NA
Pago Antici	ipo o Pago	Anticipado* <sup>2</sup>		RUT (Primer Pago)	X
				Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)* <sup>1</sup>	NA
				Pago Anticipo o Pago Anticipado* <sup>2</sup>	NA
3. VERIFIC	ACIÓN SL	IPERVISOR:		<u> </u>	
	Luz Stella	a Murillo Zabala		temp	
	(	6.868.266	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Firma	

Los Documentos soportes de pago deben reposar en la carpeta del Contrato.

Los Documentos soportes de pago deben reposar en la carpeta del Contrato.

Los Documentos soportes de pago deben reposar en la carpeta del Contrato.



# INFORME DE ACTIVIDADES

Código: IG.1.19.04.08

Fecha: 8/07/2013

Versión: 4

Página 1 de 1

	Fecha de el	laboración del infor	me: Dí	<b>a</b> 0	1 Mes	10	Año	2015		
1. INFORMACIÓN	I GENERAL	DEL CONTRATISTA	<b>A</b> :				<del></del> -			
Nombre Contratista:	JIMMER AI	NTONIO CRUZ SILV	′A							
Contratista:  Documento de dentificación:  No. de Contrato:  1-06-03-296-2015  Periodo de ejecución de la actividad:  Del 07/09/2015  2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):  Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cueles 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.										
Periodo de ejecución de la actividad:  Del 07/09/2015 al 30/09/2015  2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):  Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cueles se tiene:  1. Realicé presentación al equipo técnico del funcionamiento y manejo del software										
	ción Del	07/09/2015		al	30/09/20	15				
Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cueles 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. ANEXO PAGO	A LA SEGU	LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:								
S	ı X	NO								
4. CONTRATISTA	\:									
JIMMER AN	TONIO CRU 94.506.002	Z SILVA	Ju		A.	L				

\$779,700 Total Microses Mora \$12,700 Estado Lista	No. Plantia 5953789 Periodo Pensión Sept	i - Independiente Ciudad CALI Perodo Salud Septi	JIMER ANTONIO CRUZ Direccen CRA 102 No 42-65 APTO Facha Pago	eletona
Lista para pago	Septiembre-15	Septlembre-15		3752338

compensa

\$442	\$7,300 \$442,000	\$13,000	\$13,000	\$0	\$0	\$416,000	\$2,600,000				Totales
442000	\$7,300	\$13,000	\$13,000	\$0	<b>\$</b> 0	\$416,000	\$2,600,000		800224808	Porvenir	230301
Total antes Tou Mora		Fondo Interes Subsistencia Mora	Fondo Solidaridad	Voluntaria Empleador	Voluntaria Afiliado	Colización	Affilados Sumatoria IBC	Alliados		Nombre	PENSIÓN Còdgo
				:					21	meno Dias en Mora	
<b>L</b>	ago	Lista para pago			\$12,700		Total Intereses Mora		\$779,700	100	Total a P
	-15	Septiembre-15			5953789	59:	No Planila		j.		
<u></u>	-16	Septlembre-15	Perodo Salud	P	Ē	CALI	Cluded	ndiente	I - Independiente	e Aportaine	
L					٥	52.2			AATIO		

S012 Comfenaico valle 890303093 1 E.P.S.
latios

\$2,600,000 \$2,600,000

\$325,000 \$325,000

8 8

\$5,400 \$5,400

ΕP

8 6

010 180

Colización Unic

Valor Incapacidades

Total an

\$44 \$44

8 \$0

S S

\$325,

325



realizar en sus saldos los ajustes, correcciones y asientos provisionales y finales a que haya lugar, siendo emendido y sus valores al tuero cotro y a que se examine la legitima-ción, la cadera de lendúsos, firmas y coincidencias de sus datos con los de asta necho y solo después de hecras estas compobaciones el barroo processará la operación, en vintud de recibo respecto a las sumas no depositadas en efectivo. ve al depositamie sellada por el banco no implica constancia que la copia del formulario de consignación que se devuelde la cual el cliente autoriza desde ahora at banco para tia total del deposito de choques está sujeta a verificación máquina registradora o la firma y sello del Cajero. La cuando por usted, este recibo sólo es válido con el timbre de la Favor verificar que el valor registrado sea igual al entrega-

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

Carpo Toys
Darring Carpo TIMBRE MACUINA REGISTRADORA

Firma y sello del Cajero 2000 (CC 0002 Distributi 2007)

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion



**INFORME FINANCIERO:** 

Valor del Contrato:

Valor a Pagar:

### INFORME DE SUPERVISION

Código: IG.1.19.04.07

\$26.000.000

\$6,500,000

¢¢ 500 000

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 1 de 2

2015 Año 10 Día 01 Mes Fecha 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: **Nombre** JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA Contratista: Documento de 94.506.002 Identificación: No. de Tipo 1-06-03-296-2015 PRESTACION DE SERVICIOS Contrato: Contrato: Periodo evaluado y/o 30/09/2015 Del 07/09/2015 al supervisado: 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 **CUMPLIMIENTO** CONTRATISTA **EVALUACIÓN** DE DEL 3. OBLIGACIONES **DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) OBLIGACIONES** obligaciones son: 100% 1. Entregar software de autoevaluación 50% programas. manual de usuario en forma 2. Entregar 25% digital. 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del 25% software. 4. Brindar soporte técnico 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: Software de Autoevaluación de Programas. SOPORTE PARA PAGO: Pagos Seguridad Social: Informe de Actividades: El contratista presentó: Certificación cumplimiento pagos Factura, Cuenta de Cobro o documento Ingreso al almacén seguridad social equivalente:



### **AUTORIZACION DE PAGO**

Código:IG.1.19.04.11
Fecha: 08/07/2013
Versión: 5
Página 1 de 1

								rayına		·		
				F	echa:	Día	03	Mes	11	Año	2	015
Para:	Dra. Sonia I	orena R	losero - Tes	sorera								
De:	Luz Stella N	/lurillo Za	ibala – Jefe	Oficina	a Asesc	ra de	Planea	ación (	E)			
Me permi	to enviar a U	sted para	a el respect	ivo pag	o, form	ato dili	gencia	ado y ve	erificad	0.		
1. INFOR	RMACIÓN GE	NERAL	DEL CON	<b>TRATIS</b>	TA:						•	
Nombre Docume Identifica		JIMME 94.506		O CRU	Z SILV	Α						
No. de C	Contrato:	1-06-0	3-296-2015			Valo	r a pag	gar: \$ _	6.500.	000		
2. DOCU	MENTOS SO	OPORTE	DE PAGO									
co	OMPRAS Y S	SUMINIS	TRO	Casilla de Verifiación			SE	RVICIO	os			Casilla de Verifiación
Informe	de Supervisi	ón (Origi	nai)		Info	rme de	e Supe	ervisión	(Origin	nal)		X
Formato	Formato Ingreso Almacén (Original)					stanci	a de p	ago de	la EPS	S (Copia	a)	X
Constar de Para	Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social				Constancia de pago de la AFP (Copia							X
Cuenta	Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1				Constancia de pago de la ARL (Copia						Ĺ	X
	rimer Pago)				Constancia de cumplimiento de pa de Parafiscales y Seguridad Soc cuando corresponda						igo ial,	NA
Pago A	nticipo o Pag	o Anticip	ado*²			•	ner Pa					NA
					Cue	cumer enta uivaler	de d	oorte de cobro	e pago y/o c	(Factu locume	ira, nto	NA
					Pa	go Ant	icipo c	Pago /	Anticipa	ado*²		NA
								$\overline{A}$				
3. VER	IFICACIÓN S	UPERV	ISOR:					1)			-	
	Luz Stel	la Muril	lo Zabala			•		Tu	w	10		

66.868.266



## **INFORME DE ACTIVIDADES**

Código: IG.1.19.04.08

Fecha: 8/07/2013

Versión: 4

Página 1 de 1

	Fecha de ela	aboración del informe:	Día 0	3 Mes 11	<b>Año</b> 2015					
1. INFORMACIÓN	GENERAL I	DEL CONTRATISTA:								
Nombre Contratista:	JIMMER AN	ITONIO CRUZ SILVA								
Documento de Identificación:	94.506.002									
No. de Contrato:	1-06-03-296	3-2015								
Periodo de ejecud de la actividad:	ción Del	01/10/2015	al	31/10/2015						
<ol> <li>Implementé aplicación de Autoevaluación en el ambiente de producción</li> <li>Realicé el cargue de encuestas al software         Encuesta estudiantes Deporte         Encuesta estudiantes Fisioterapia         Encuesta personal administrativo</li> <li>Realicé reunión con el equipo técnico para el cargue de información al sistema.</li> </ol>										
3. ANEXO PAGO	A LA SEGU	RIDAD SOCIAL DEL P	ERIODO C	ORRESPONDIE	NTE:					
5	SI X	NO								
4. CONTRATIST	A:									
JIMMER AI	94.506.002		Jeu	A. Q.	~ .					

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

-			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	#*************************************	400000000000000000000000000000000000000			
	Oaber	Frightenes :	Paga salas	ill. Tille og beskere	· Promats	Fransai	Camaridas S	art -
L	OMETING THE PROPERTY OF THE PR	was not a second contract of the second contr						

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

Noviembre 4 de 2015 / 9:20 AM

ಶ್ರಾಧ್ಯಂತ <sup>ಕ್ರಾ</sup>ತಿಗ್ರಾಹಿತ್ಯ - Pagos por Administradora

## Planillas / Pagos por Administradora

Banco

Estado de la Transacción:



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 JIMER ANTONIO CRUZ SILVA Empresa Nit 94506002 Número de Radicación 8306920659 CUS Código único de seguimiento de la transacción: 6920659 Número de Administradoras Número de Empleados \$787,800.00 Total Pagado Medio de Pago Pago en Cajas

(Cedigo	NIT	riog it states	riturnio di in parididian yo icanciajs de	valor descentado en Incapacidad y/o homeia	Total Pagado	No. Affiliation
230301	800224808	Porveriir		\$0.00	\$454,000.00	1
EPS012	890303093	Confensico valle E.P.S.	The state of the s	\$0.00	\$333,800.00	1
	and the second section of the second	MINOCOLOUR CONTROL CON	1			

1052

Transacción Aprobada

Si descontó incapacidades o nutas creditu debe informar a la administradora Eurrespundiente (os 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



**INFORME FINANCIERO:** 

Valor del Contrato:

Valor a Pagar:

### INFORME DE SUPERVISION

Código: IG.1.19.04.07

\$26.000.000

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 1 de 2

03 Fecha Día Mes 11 Año 2015 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: Nombre JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA Contratista: Documento de 94.506.002 Identificación: Tipo No. de PRESTACION DE SERVICIOS 1-06-03-296-2015 Contrato: Contrato: Periodo evaluado y/o Del 01/10/2015 al 31/10/2015 supervisado: 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 DE DEL **CONTRATISTA EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: OBLIGACIONES EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)** obligaciones son: 100% 1. Entregar software de autoevaluación de programas. 60% 2. Entregar manual de usuario en forma 50% digital. Capacitar al equipo técnico en el manejo del 50% software. 4. Brindar soporte técnico **PRODUCTOS ENTREGADOS:** Capacitación equipo técnico. Cargue de información al software **SOPORTE PARA PAGO:** El contratista presentó: Informe de Actividades: Pagos Seguridad Social: Factura. Cuenta de Cobro o documento Certificación cumplimiento pagos Ingreso al almacén equivalente: seguridad social



Código: IG.1.19.04.07

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 2 de 2

8. OBSERVACIONES:	
9. SUPERVISOR:	
Luz Stella Murillo Zabala	Luya.



# **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 - Te	esorera							
De:	Luz Stella Murillo Zabala – Jet	e Oficin	ıa Aseso	ra de	Planea	ción (E	Ξ)	-	
Me permi	to enviar a Usted para el respec								
	MACIÓN GENERAL DEL CON								
Nombre	Contratista: JIMMER ANTON	IO CRU	Z SILVA						
Documei Identifica	nto de								
No. de C	ontrato: 1-06-03-296-2015	<u>,                                      </u>		Valor	a paga	ar:\$_6	5.500.00	00	
2. DOCU	MENTOS SOPORTE DE PAGO								
со	MPRAS Y SUMINISTRO	Casilla de Verifiación			SER	VICIO	6		Casilla de Verifiación
Informe o	le Supervisión (Original)		Inforn	ne de	Superv	visión (0	Original)	)	x
Formato	Ingreso Almacén (Original)	·	Const	tancia	de pag	go de la	EPS (0	Copia)	x
	ia de cumplimiento de pago scales y Seguridad Social		Const	ancia	de pag	jo de la	AFP (C	Copia)	x
Cuenta	de Parafiscales y Seguridad Social  Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1		Const	ancia	de pag	jo de la	ARL (C	Copia)	x
RUT (Prir	mer Pago)		de P	arafiso		y Segi	ento de uridad		NA
Pago Anti	icipo o Pago Anticipado*²		RUT (	Prime	r Pago	)			NA
				a de	cob		ago (Fa docu		NA
			Pago	Anticip	00 o Pa	ago Ant	icipadoʻ	<b>*</b> 2	NA
3. VERIFI	CACIÓN SUPERVISOR:					<b>Σ</b>			
					V	/			
	Luz Stella Murillo Zabala		•	<u> </u>		W	U 2	<u> </u>	

66.868.266



# INFORME DE ACTIVIDADES

Código: IG.1.19.04.08

Fecha: 8/07/2013

Versión: 4

Página 1 de 1

Periodo de ejecución de la actividad:  Del 01/10/2015 al 31/10/2015  2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):  Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cueles 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											
1. INFORMACIÓN	GENERAL	DEL CONTRAT	ISTA:								
	JIMMER AI	NTONIO CRUZ	SILVA								
	94.506.002										
No. de Contrato:	1-06-03-296	6-2015									
Periodo de ejecuc de la actividad:	ión Del	01/10/2015		al	31/	10/20	15				
2. Realicé el carg Encuesta estud Encuesta estud Encuesta perso	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. ANEXO PAGO	A LA SEGUI	RIDAD SOCIAL	DEL PERIO	DO CO	ORRE	SPO	NDIEN	ITE:			
SI	Х	NO									
4. CONTRATISTA	:										
JIMMER AN	TONIO CRUZ 94.506.002	Z SILVA	<u> </u>	eu	A	Firms	2	•			

Üitimo ingreso exitoso: 2015-11-04 / 08:39:03 AM | Ültimo ingreso failido: 2015-10-28 / 11:55:13 AM

Dank Frintendia Pisrio Diagonto Ropats Independence Després Des

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

Noviembre 4 de 2015 / 9:20 AM

நூரு ் <u>ிவந்த</u>ு Pagos por Administradora

## Planillas / Pagos por Administradora



Razón Social Recaudo Compensar Ol

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

icuaigo WIT	Marabe	nascaudad yo heerteaga according	Valor descontado en incoperdud Valor descontado en incoperdud	Total Payado	No Afrikados
230301 80022480	8 Porvenir		\$0.00	\$454,000.00	1
EPS012 89030309	q. Comfenaico valle		\$0.00	\$333,800.00	1
	° EP.S.	<u>1</u>	2. Amerika (Adalamanan ada menganan) ini di dalah dari sampan menganinan sampan		

Si descomó incapacidades e notas credito dabe informur 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 transaction



7. INFORME FINANCIERO:

Valor del Contrato:

Valor a Pagar:

### INFORME DE SUPERVISION

Código: IG.1.19.04.07

\$26.000.000

\$6.500.000

\$13.000.000

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 1 de 2

2015 03 Mes 11 Año Fecha Día 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: Nombre JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA Contratista: Documento de 94.506.002 Identificación: No. de Tipo de 1-06-03-296-2015 PRESTACION DE SERVICIOS Contrato: Contrato: Periodo evaluado y/o 31/10/2015 al 01/10/2015 Del supervisado: 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 **CUMPLIMIENTO** DE **EVALUACIÓN** 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: **EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) OBLIGACIONES** obligaciones son: 100% 1. Entregar software de autoevaluación de 60% programas. manual de usuario en forma 2. Entregar 50% digital. 3. Capacitar al equipo técnico en el manejo del 50% software. 4. Brindar soporte técnico PRODUCTOS ENTREGADOS: Capacitación equipo técnico. Carque de información al software SOPORTE PARA PAGO: Pagos Seguridad Social: Х Informe de Actividades: El contratista presentó: Certificación cumplimiento pagos Factura, Cuenta de Cobro o documento Ingreso al almacén seguridad social equivalente:



Código: IG.1.19.04.07

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 2 de 2

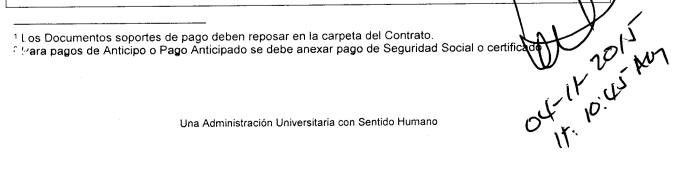
8. OBSERVACIONES:	
9. SUPERVISOR:	
Luz Stella Murillo Zabala	Firma Firma



## **AUTORIZACION DE PAGO**

Código:IG.1.19.04.11	
Fecha: 08/07/2013	
Versión: 5	
Página 1 de 1	_
Versión: 5	_

			F	echa: Día 03 Mes 11 Año	2015		
Para:	Dra. Sonia Lorena Rosero - Tesorera						
De:	Luz Stella N	/urillo Zabala – Jefe	e Oficina	a Asesora de Planeación (E)			
Me permi	to enviar a U	sted para el respect	ivo pag	o, formato diligenciado y verificado.			
1. INFOR	RMACIÓN GE	NERAL DEL CON	TRATIS	TA:			
Nombre	Contratista:	JIMMER ANTONI	O CRU	Z SILVA			
Docume Identifica		94.506.002					
No. de C	Contrato:	1-06-03-296-2015		Valor a pagar: \$ _6.500.000			
2. DOCU	MENTOS SC	PORTE DE PAGO					
co	OMPRAS Y S	UMINISTRO	Casilla de Verifiación	SERVICIOS	Casilla de Verifiación		
Informe	de Supervisió	n (Original)		Informe de Supervisión (Original)	x		
Formato	Ingreso Alma	acén (Original)		Constancia de pago de la EPS (Copia)	x		
	cia de cump iscales y Seg	limiento de pago uridad Social		Constancia de pago de la AFP (Copia)	x		
	de cobro	le pago (Factura, y/o documento		Constancia de pago de la ARL (Copia)	x		
RUT (Pri	mer Pago)			Constancia de cumplimiento de pago de Parafiscales y Seguridad Social, cuando corresponda	NA		
Pago An	ticipo o Pago	Anticipado*2		RUT (Primer Pago)	NA		
				Documento soporte de pago (Factura, Cuenta de cobro y/o documento equivalente)*1	NA		
				Pago Anticipo o Pago Anticipado*²	NA		
3. VERIF	ICACIÓN SU	PERVISOR:					
		Murillo Zabala		· Juna	_ \		
	66	3.868.266			+		



	11			
/				



### **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 03 Mes 11 **Año** 2015 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: Nombre JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA Contratista: Documento de 94.506.002 Identificación: 1-06-03-296-2015 No. de Contrato: Periodo de ejecución 31/10/2015 **Del** 01/10/2015 de la actividad: 2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual): Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cueles se tiene: 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: NO 4. CONTRATISTA: fren A. C. JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA

94.506.002

Una Administración Universitaria con Sentido Human	no

4/11/2015

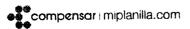
Uitano ingreso exitoso. 2015-11-04 / 08:39:03 AM | Ultimo ingreso fallido: 2015-10-28 / 11:55:13 AM

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

Noviem

## Planillas / Pagos por Administradora

Medio de Pago



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

1052 Banco Transacción Aprobada Estado de la Transacción:

\$454,000.00 \$0.00 230301 800224808 Porvenir \$333,800.00 EPS012 890303093 Comtenaico valla E.P.S. \$0.00

Pago en Cajas

Si desconsi, inc.gocidades o notas crento dabe intermir e la administradora consepondiente los descuentos

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

https://www.miplanilla.com/

bre 4 de 2015 / 9:20 AM			
mananan ili ya wakazio e ili kamanan wakazio e ka			
No N kadas			
1			
to 1670			
to 1670 nando a nntes la idades, e de los			
de los			
<action td=""  <=""><td></td><td></td><td></td></action>			



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 D	EL CONTRATI	STA:						
Nombre Contratista:	I IIMMER ANTONIO CRITZ SILVA								
Documento de Identificación:	94.506.002								
Tipo de PR	ESTACION D	E SERVICIOS		No Conti	o. de rato:	1-06-0	3-296	-2015	
Periodo evaluado y supervisado:	y/o 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 dicie	mbre de 2015	5							
3. OBLIGACIONES	B DEL C	CONTRATISTA	Υ	EVAL	UAC	IÓN	DE	CUMPLI	MIENTO
DESARROLLADAS	AL PRESEN	ITE INFORME:							
	LIGACIONES	-	-	EVALU	IACIO	N DE C	CUMPI	LIMIENTO	) (%)
obligaciones son :									
1. Entregar softwa	are de auto	evaluación de	•				100%	6	
programas.	nual da uau	ario en forma		60%					
<ol><li>Entregar mai digital.</li></ol>	nual de uso	iano en ionna	1				50%	)	
<ol><li>Capacitar al eq</li></ol>	uipo técnico e	en el manejo de	1				50%	)	
software.	tácnico								
Brindar soporte	tecnico								
5. PRODUCT	OS ENTREGA	ADOS:							
Cargue de informa		ire							
6. <b>SOPORTE</b>	PARA PAGO	);							
El contratista preser		ne de Actividades:	x f	Pagos Se			×		
Factura, Cuenta de Cobro o documento  equivalente:  Ingreso al almacén  Certificación cumplimiento pagos seguridad social									
7. INFORME	FINANCIERO	):						**	6 000 000
Valor del Contrato:							+		6.000.000 6.500.000
Valor a Pagar:									3.000.000
Valor Ejecutado:							-		
Valor por Ejecutar:								\$1	3.000.000

Una Administración Universitaria con Sentido Humano

			•
			1
			$\overline{}$

<b>\</b>	ESCUELA • NACIONAL • del DEPORTE
INSTITUC	IÓN UNIVERSITARIA

Código: IG.1.19.04.07
Fecha: 08/07/2013
Versión: 5
Página 2 de 2

8. OBSERVACIONES:	
9. SUPERVISOR:	
Luz Stella Murillo Zabala	Jelly a.
	f 9.5



Código: IG.1.19.04.07 Fecha: 08/07/2013 Versión: 5

Página 1 de 2

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:  Nombre Contratista:  Documento de Identificación:  Tipo de PRESTACION DE SERVICIOS  Periodo evaluado y/o supervisado:  Del 01/11/2015  1. OBJETO:  Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa académicos con fines de acreditación de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte						
Contratista:  Documento de Identificación:  Tipo de Contrato:  PRESTACION DE SERVICIOS  Periodo evaluado y/o supervisado:  Del 01/11/2015  Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa						
Identificación:  Tipo de Contrato:  PRESTACION DE SERVICIOS  Periodo evaluado y/o supervisado:  Del 01/11/2015  1-06-03-296-2015  al 30/11/2015  1. OBJETO:  Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa						
Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa						
supervisado:  1. OBJETO:  Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa						
Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa						
Prestación de servicios profesionales de apoyo para la implementación, instalación y puesta e funcionamiento de un sistema de información para la Autoevaluación Institucional y de programa						
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 :						
Entregar software de autoevaluación de programas.     Entregar manual de usuario en forma digital.     Capacitar al equipo técnico en el manejo del software.     Brindar soporte técnico						
5 PROPULATOR ENTREMANDOR						
5. PRODUCTOS ENTREGADOS: Capacitación equipo técnico.						
Cargue de información al software						
6. SOPORTE PARA PAGO:						
El contratista presentó: Informe de Actividades: x Pagos Seguridad Social: x  Factura, Cuenta de Cobro o documento Ingreso al almacén Certificación cumplimiento pagos seguridad social						
Facture Cuenta de Cobre e decumente						
Factura, Cuenta de Cobro o documento Ingreso al almacén Certificación cumplimiento pagos						
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente:  Ingreso al almacén  Certificación cumplimiento pagos seguridad social						
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente:  Ingreso al almacén  Certificación cumplimiento pagos seguridad social  7. INFORME FINANCIERO:						
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente:  Ingreso al almacén  Certificación cumplimiento pagos seguridad social  7. INFORME FINANCIERO:  Valor del Contrato:  \$26.000.00						
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente:  Ingreso al almacén  Certificación cumplimiento pagos seguridad social  7. INFORME FINANCIERO:						



Código: IG.1.19.04.07

Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 2 de 2

8. OBSERVACIONES:	
9. SUPERVISOR:	
Luz Stella Murillo Zabala	Nous Cr Firma



Valor por Ejecutar:

#### INFORME DE SUPERVISION

Código: IG.1.19.04.07 Fecha: 08/07/2013

Versión: 5 Página 1 de 2

Mes 12 Año 2015 Fecha Día 18 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA: Nombre JIMMER ANTONIO CRUZ SILVA Contratista: Documento de 94 506 002 Identificación: Tipo de No. de PRESTACION DE SERVICIOS 1-06-03-296-2015 Contrato: Contrato: Periodo evaluado y/o Del 01/12/2015 31/12/2015 al supervisado: 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 EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO **DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME: EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%) OBLIGACIONES** obligaciones son : 100% 1. Entregar software de autoevaluación programas. 100% manual de usuario en forma 2. Entregar 100% digital. Capacitar al equipo técnico en el manejo del 100% software. 4. Brindar soporte técnico 5. PRODUCTOS ENTREGADOS: Manual Software Cargue de información al software 6. SOPORTE PARA PAGO: X Pagos Seguridad Social: El contratista presentó: Informe de Actividades: Factura, Cuenta de Cobro o documento Certificación cumplimiento pagos Ingreso al almacén seguridad social equivalente: INFORME FINANCIERO: Valor del Contrato: \$26,000,000 \$6,500,000 Valor a Pagar: \$26.000.000 Valor Ejecutado: \$0



Código: IG.1.19.04.07 Fecha: 08/07/2013

Versión: 5

Página 2 de 2

	8.	OBSERVACIONES:	
_			
	9.	SUPERVISOR:	
		Luz Stella Murillo Zabala	Firma
			1