	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: \$

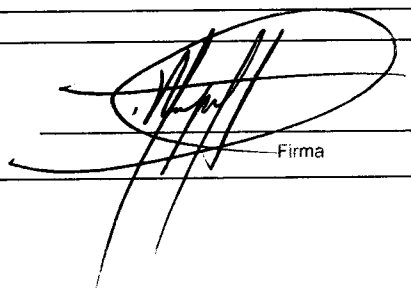
2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

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"/>
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"/>
		Pago Anticipo o Pago Anticipado*2	<input type="checkbox"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:


MARTHA PATRICIA MORALES FLOREZ
C.C No. 31.951.158 de Cali

Nombre y No. Documento de Identidad

 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

 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="INGRID JOHANA MACHADO"/>
Documento de Identificación:	<input type="text" value="11130676631"/>
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-297-2015"/>
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="27-09-2015"/> al <input type="text" value="26-10-2015"/>

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

Durante el tiempo de servicio manifestado en el período de ejecución de la actividad la enfermería ha llevado a cabo estas tareas:

- Asignación de citas médicas para el Servicio médico de la Unidad de Bienestar Universitario, bajo el servicio de la Dra. Natalia Mora.
- Recambio de anticonceptivos en el programa permanente de Planificación familiar.
- Procedimientos básicos de enfermería (toma signos vitales, inyectología, entre otros).
- Actualización con el sticker del seguro de accidentes de la vigencia 2015-2 a los estudiantes debidamente matriculados.
- Revisión, asesoría y formalización para la afiliación a la EPS a los estudiantes que participarán en Juegos Nacionales universitarios en Bogotá del 1 al 12 de Octubre.
- Seguimiento a los estudiantes de todos los programas académicos que aparecieron en Registro de la revisión de EPS sin reporte para verificar que pertenecen a Cosmitet.

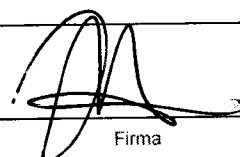
3. ANEXO PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PERIODO CORRESPONDIENTE:


SI ☒ NO ☐

4. CONTRATISTA:

INGRID JOHANA MACHADO MORALES
1130676631

Nombre y No. Documento de Identidad


Firma

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

Fecha Día 26 Mes 10 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	INGRID JOHANA MACHADO		
Documento de Identificación:	11130676631		
Tipo de Contrato:	SERVICIOS ACADEMICOS	No. de Contrato:	1-06-03-297-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del 27-09-2015	al	26-10-2015

1. OBJETO:
Prestación de servicios como auxiliar de enfermería que contribuyan con los programas de salud, en lo concerniente a la promoción y prevención del programa permanente de atención médica de la Unidad de Bienestar Universitario de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
APLICA DEL 27/08/2015 HASTA EL 26/12/2015

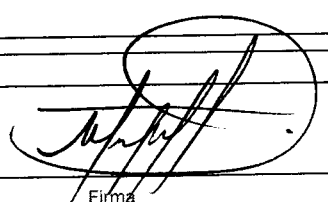
3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:	
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Durante el mes de Agosto a Septiembre la contratista ha cumplido con lo siguiente: -Asignación de citas médicas para el Servicio médico de la Unidad de Bienestar Universitario, bajo el servicio de la Dra. Natalia Mora. -Recambio de anticonceptivos en el programa permanente de Planificación familiar. -Procedimientos básicos de enfermería (toma signos vitales, inyectología, entre otros). -Actualización del sticker del seguro de accidentes de la vigencia 2015-2 a los estudiantes debidamente matriculados. -Apoyo a la Dra. Natalia Mora en la Semana de Inducción con los programas de promoción y prevención: Planificación y salud sexual y reproductiva. -Apoyo al Coordinador de Deporte Jairo Balanta en la revisión de las EPS de los estudiantes que hacen parte de las selecciones que participarán en los Juegos Nacionales Universitarios en el mes de Octubre. Seguimiento a los estudiantes de todos los programas académicos que aparecieron en Registro de la revisión de EPS sin reporte para verificar que pertenecen a Cosmite. 7-Cumplir con los deberes que le corresponde como contratista.	100% para las actividades propuestas según contrato.


4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Listado de estudiantes de los semestres en mención con los datos suministrados por el FOSYGA. Listado de personas atendidas en la enfermería. Listado de recambios en el programa de planificación. Agenda de la Dra. Natalia Mora.

5. 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"/>

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$ 5.400.000
Valor a Pagar:	\$ 1.350.000
Valor Ejecutado:	\$ 2.700.000
Valor por Ejecutar:	\$ 2.700.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
MARTHA PATRICIA MORALES FLOREZ C.C. No. 31.951.158 de Cali	
Nombre y No. Documento de Identidad	Firma

 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 25 Mes 11 Año 2015

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:			
Nombre Contratista:	INGRID JOHANA MACHADO		
Documento de Identificación:	11130676631		
Tipo de Contrato:	SERVICIOS ACADEMICOS	No. de Contrato:	1-06-03-297-2015
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del 26-10-2015	al	25-11-2015

1. OBJETO:
Prestación de servicios como auxiliar de enfermería que contribuyan con los programas de salud, en lo concerniente a la promoción y prevención del programa permanente de atención médica de la Unidad de Bienestar Universitario de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
APLICA DEL 27/08/2015 HASTA EL 26/12/2015

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

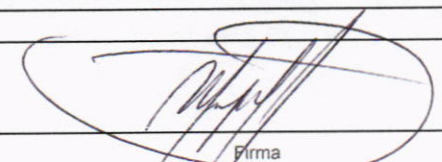
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Durante el mes de Octubre- Noviembre la contratista ha cumplido con lo siguiente: -Asignación de citas médicas para el Servicio médico de la Unidad de Bienestar Universitario, bajo el servicio de la Dra. Natalia Mora. -Recambio de anticonceptivos en el programa permanente de Planificación familiar. -Procedimientos básicos de enfermería (toma signos vitales, inyectología, entre otros). -Actualización del sticker del seguro de accidentes de la vigencia 2015-2 a los estudiantes debidamente matriculados. Revisión reporte de 345 estudiantes que aparecen reportados en el sistema Fosyga SIN REPORTE para indagar si son o no beneficiarios del Régimen subsidiado o contributivo en salud para realizar estrategias desde Bienestar Universitario. -Seguimiento a los estudiantes de todos los programas académicos que aparecieron en Registro de la revisión de EPS sin reporte para verificar que pertenecen a Cosmitet. -Realizar la estadística del programa de enfermería para reportar al SNIES y realizar los informes respectivos. -Cumplir con los deberes que le corresponde como contratista.	100% para las actividades propuestas según contrato.


4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Listado de estudiantes de los semestres en mención con los datos suministrados por el FOSYGA. Listado de personas atendidas en la enfermería. Listado de recambios en el programa de planificación. Agenda de la Dra. Natalia Mora.

5. 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"/>

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$ 5.400.000
Valor a Pagar:	\$ 1.350.000
Valor Ejecutado:	\$ 4.050.000
Valor por Ejecutar:	\$ 1.350.000

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
MARTHA PATRICIA MORALES FLOREZ C.C. No. 31.951.158 de Cali Nombre y No. Documento de Identidad	 Firma

 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="INGRID JOHANA MACHADO"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="11130676631"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="PRESTACION DE SERVICIOS"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-297-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="26-11-2015"/>	al	<input type="text" value="18-12-2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios como auxiliar de enfermería que contribuyan con los programas de salud, en lo concerniente a la promoción y prevención del programa permanente de atención médica de la Unidad de Bienestar Universitario de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
APLICA DEL 27/08/2015 HASTA EL 26/12/2015

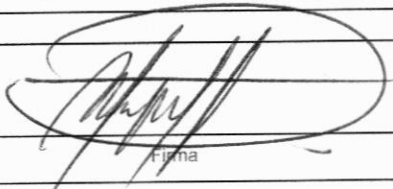
3. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA Y EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DESARROLLADAS AL PRESENTE INFORME:	
OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
Durante el mes de Noviembre- Diciembre la contratista ha cumplido con lo siguiente: -Asignación de citas médicas para el Servicio médico de la Unidad de Bienestar Universitario, bajo el servicio de la Dra. Natalia Mora. -Recambio de anticonceptivos en el programa permanente de Planificación familiar. -Procedimientos básicos de enfermería (toma signos vitales, inyectología, entre otros). -Actualización del sticker del seguro de accidentes de la vigencia 2015-2 a los estudiantes debidamente matriculados. Revisión reporte de 345 estudiantes que aparecen reportados en el sistema Fosyga SIN REPORTE para indagar si son o no beneficiarios del Régimen subsidiado o contributivo en salud para realizar estrategias desde Bienestar Universitario. -Realizar la estadística del programa de enfermería para reportar al SNIES y realizar los informes respectivos. -Cumplir con los deberes que le corresponde como contratista.	100% para las actividades propuestas según contrato.

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Listado de personas atendidas en la enfermería. Listado de recambios en el programa de planificación. Agenda de la Dra. Natalia Mora.

5. 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"/>

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$ 5.400.000
Valor a Pagar:	\$ 1.350.000
Valor Ejecutado:	\$ 5.400.000
Valor por Ejecutar:	\$ 0

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
MARTHA PATRICIA MORALES FLOREZ C.C. No. 31.951.158 de Cali <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	 <small>Firma</small>