

 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: HENRY VARELA CIFUENTES

Documento de Identificación: 6.288.664-9

No. de Contrato: 1-06-03-324-2015 Valor a pagar: \$ 35.999.904

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="N.A"/>
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" value="N.A"/>

3. VERIFICACIÓN SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE DE MURIEL 

Nombre y No. Documento de Identidad Firma

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



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 6288664
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HENRY VARELA CIFUENTES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL CERRITO DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 13-17	TELÉFONO: 2564469
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: FABRICACION DE OTROS
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - MUEBLES
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7622413244	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2015	SALUD:	AÑO: 2015
DÍAS DE MORA:	6		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2015/10/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	168527615

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 964.900
SUBTOTAL:			1	\$ 964.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 709.600
SUBTOTAL:			1	\$ 709.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 29.600
SUBTOTAL:			1	\$ 29.600

TOTAL PAGADO:	\$ 1.704.100
----------------------	---------------------



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 6288664
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HENRY VARELA CIFUENTES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL CERRITO DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 13-17	TELÉFONO: 2564469
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: FABRICACION DE OTROS
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7621364770	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2015	SALUD: AÑO: 2015
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2015/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 166764941

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 1.149.700
SUBTOTAL:			1	\$ 1.149.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 845.400
SUBTOTAL:			1	\$ 845.400

TOTAL PAGADO:	\$ 1.995.100
----------------------	---------------------

Planilla Pagada

 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:

Documento de Identificación:

No. de Contrato:

Periodo de ejecución de la actividad: Del al

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

En desarrollo del contrato se realizaron las siguientes actividades así:

- Se efectuó reparación, consistente en: Soldaduras, Pinturas, Cambios de carcazas en mal estado y se colocaron carcazas azules para 600 sillas universitarias
- Se realizaron ajustes de la estructura metálica, incluida soldaduras, raspada, lijada, pulida, aplicación de anticorrosivos
- Se realizó ensambles y ajustes de las estructuras metálicas que lo requieran
- Se prestó el servicio de transporte de las sillas universitarias al taller donde se realizó el mantenimiento (ida y regreso)
- Se efectuaron los pagos de seguridad social, de acuerdo con las Planillas Integradas de Autoliquidación de aportes Nos. 7622413244 - (\$1.704.100) - 7621364770 (\$1.995.100) Operador SOI a través de Bancolombia
- Se entrega Factura No. 2475 de Octubre 20 de 2015

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

SI NO

4. CONTRATISTA:

Nombre y No. Documento de Identificación

[Handwritten Signature]
 6.288.664-9 El Contrator

 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="HENRY VARELA CIFUENTES"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="6.288.664-9"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="Prestación de Servicios"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-324-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="06 de Octubre de 2015"/>	al	<input type="text" value="14 de Octubre 2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios de apoyo a la gestión, desarrollando actividades operativas de mantenimiento correctivo de (600) sillas universitarias para la óptima prestación del servicio educativo en la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte, efectuando cambio de espaldar, soldadura, pinturas y ajustes en general

2. TERMINO DEL CONTRATO:
Ocho (08) días

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar el contrato de acuerdo con los requerimientos dados por la Institución • Efectuar reparación, consistente en: Soldaduras, Pinturas, Cambios de carcazas para sillas universitarias • Realizar ajustes de la estructura metálica incluye: soldaduras, raspada, lijada, pulida, aplicación de anticorrosivos • Efectuar ensambles y ajustes de las estructuras metálicas que lo requieran • Transportar por cuenta del contratista las sillas universitarias al taller donde se realizar el mantenimiento (ida y regreso) • Prestar los servicios contratados insumos: Costo de Materiales, Mano de Obra, Equipos y Herramientas, Transporte, y en general todo aquello que sea necesario para la perfecta ejecución del servicio contratado. • Cumplir con el objeto contractual dentro del plazo establecido para la ejecución del contrato. 	<p>El contratista ha cumplido con el 100% de entrega de los equipos a satisfacción</p>

 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

- Cumplir con las obligaciones de pago al Sistema de Seguridad Social Integral
- Cumplir las instrucciones impartidas por el supervisor del contrato,

4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
 Se efectuó reparación de 600 sillas universitarias, consistente en: Soldaduras, Pinturas, Cambios de carcazas para sillas universitarias ajustes de la estructura metálica, aplicación de anticorrosivos, transporte ida y regreso, materiales de excelente calidad, mano de obra.

5. SOPORTE PARA PAGO:

El contratista presentó: Informe de Actividades: Pagos Seguridad Social:

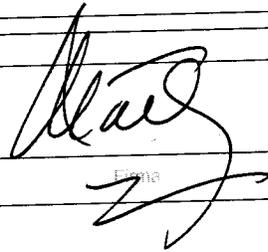
Factura, Cuenta de Cobro o documento equivalente: Ingreso al almacén Certificación cumplimiento pagos seguridad social

6. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$36.000.000
Valor a Pagar:	\$35.999.904
Valor Ejecutado:	\$35.999.904
Valor por Ejecutar:	\$96

7. OBSERVACIONES:

Se deja constancia que el contrato se ejecutó a satisfacción y queda un saldo a favor de la Institución por valor **(\$96)**

8. SUPERVISOR:

MARIA ISABEL ANDRADE DE MURIEL 

Nombre y No. Documento de Identidad Firma