 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	AUTORIZACION DE PAGO	Código: IG.1.19.04.11
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 1 de 2

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>JUAN PABLO RAMIREZ RIVERA</u>
Documento de Identificación:	<u>1.144.133.681</u>
No. de Contrato:	<u>1-06-03-117-2015</u> Valor a pagar: \$ <u>1.947.000</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"/>
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:	
NHORA LILIANA PUERRES CUASQUEN <u>66.811.778 De Cali</u> <small>Nombre y No. Documento de Identidad</small>	 <small>Firma</small>

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

² Para pagos de Anticipo o Pago Anticipado se debe anexar pago de Seguridad Social o certificado


 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="JUAN PABLO RAMIREZ RIVERA"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="1.144.133.681"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-117-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="01-05-2015"/>	al <input type="text" value="29-05-2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<ul style="list-style-type: none"> • Brindó apoyo al área administrativa de la Unidad de Idiomas. • Revisó documentación y preparó lecturas para clases. • Revisó y calificó talleres de lectura y libros de trabajo de estudiantes. • Apoyó monitoreo de práctica bilingüe desde la web.

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

4. CONTRATISTA:	
JUAN PABLO RAMIREZ RIVERA 1.144.133.681	 Firma
_____ Nombre y No. Documento de Identidad	_____

Santiago de Cali, mayo 29 de 2015

INSTITUCION UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE

NHORA LILIANA PUERRES

LA CIUDAD

Relación de actividades y servicios prestados por Juan Pablo Ramírez Rivera, mes de mayo de 2015.

Actividades administrativas:

- Revisión y calificación de talleres y libros de trabajo de los estudiantes.
- Digitalización de archivos de la Unidad de Idiomas.
- Apoyo de práctica bilingüe desde la web.
- Tutorías a personal docente y administrativo.

Para constancia, se firma a los 29 días del mes de mayo de 2015.



Juan Pablo Ramirez Rivera
C.C. 1144133681

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2015-05-13, 08:23:07 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2015
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2015
Empresa	JUAN PABLO RAMIREZ RIVERA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1144133681
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8828784060 / 8852090280
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	28784060
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 187.044
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	200.29.103.242

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 103.100	\$ 0
N805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	\$ 80.544	\$ 0
N800226175	14-25	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	1	\$ 3.400	\$ 0
SubTotales:				\$ 187.044	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 187.044

