 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.

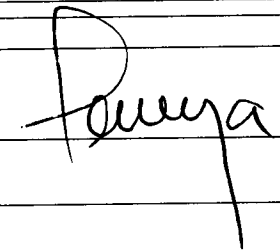
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista:	<u>YANCY ANDREA MUÑOZ CERÓN</u>	
Documento de Identificación:	<u>1.088.972.038</u>	
No. de Contrato:	<u>1-06-03-61-124-2015</u>	Valor a pagar: \$ <u>2.200.000</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 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:

<u>Luz Stella Murillo Zabala</u> 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

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	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="YANCY ANDREA MUÑOZ CERÓN"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="1.088.972.038"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-61-124-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="01/10/15"/>	al <input type="text" value="30/10/2015"/>

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

Se realizaron diferentes actividades, dentro de las cuales se tiene:

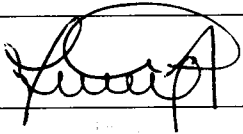
1. Atendí a todas las solicitudes realizadas por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación
2. Realicé informe de gestión 2014.
3. Realicé informe de balance de gestión del periodo de gobierno 2011-2015.
4. Brindé apoyo en la organización de la Audiencia Pública para la Rendición de Cuentas (Realización y envío de cartas, elaboración de libro, entre otras).
5. Brindé apoyo al comité de Autoevaluación en la organización del Lanzamiento ante la comunidad Universitaria.
6. Hice acompañamiento en las reuniones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación
7. Cumplí con todas las actividades correspondientes la objeto de mi contrato

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

SI NO

4. CONTRATISTA:

YANCY ANDREA MUÑOZ CERÓN
1.088.972.038




DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1088972038
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YANCY ANDREA MUÑOZ CERON		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 43 NO. 109-78 BL E APTO	TELÉFONO:	3746535
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	INVEST. Y DESARROLLO DE LAS
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7621115096	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):	2015/10/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	165959557

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 140.800
SUBTOTAL:				1	\$ 140.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
814000337	ESSC18	ESSC18-EMSSANAR ESS		1	\$ 110.000
SUBTOTAL:				1	\$ 110.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800226175	14-25	14-25-COLMENA		1	\$ 4.600
SUBTOTAL:				1	\$ 4.600

TOTAL PAGADO:	\$ 255.400
----------------------	-------------------

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	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:

Documento de Identificación:

Tipo de Contrato: No. de Contrato:

Periodo evaluado y/o supervisado: Del al

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación y Servicios.

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. Prestar servicios de apoyo a la Oficina Asesora de Planeación 2. Atender a las solicitudes de la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación 3. Realizar informe de gestión 2014 para Audiencia Pública. 4. Realizar Informe de Balance de Gestión del periodo de Gobierno. 5. Brindar apoyo al comité de Autoevaluación en la organización del lanzamiento del mismo ante la comunidad Universitaria. 6. Brindar apoyo en la organización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.	100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

- Informe de indicadores Plan de Acción e institucional
- Matriz de seguimiento del Plan de Acción 2015 primer semestre.
- Matriz de seguimiento Indicadores Institucionales
- Otras actividades encomendadas en el transcurso de los procesos.

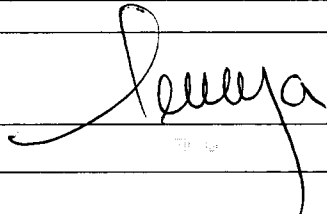
6. SOPORTE PARA PAGO:

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

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

7. INFORME FINANCIERO:	
Valor del Contrato:	\$19.800.000
Valor a Pagar:	\$2.200.000
Valor Ejecutado:	\$15.400.000
Valor por Ejecutar:	\$4.400.000

8. OBSERVACIONES:	

9. SUPERVISOR:	
Luz Stella Murillo Zabala	

Fecha: Día Mes Año

Para:

De:

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

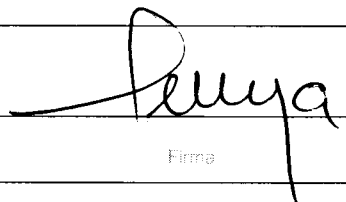
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:

Nombre Contratista: YANCY ANDREA MUÑOZ CERÓN
 Documento de Identificación: 1.088.972.038
 No. de Contrato: 1-06-03-61-124-2015 Valor a pagar: \$ 2.200.000

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:

Luz Stella Murillo Zabala 
 66.868.266 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

*30-09-2015
14:5:30 P.M.*

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	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="YANCY ANDREA MUÑOZ CERÓN"/>	
Documento de Identificación:	<input type="text" value="1.088.972.038"/>	
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-61-124-2015"/>	
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="01/09/15"/>	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. Atendí a todas las solicitudes realizadas por la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación
2. Realicé seguimiento de indicadores del Plan de acción 2015 e indicadores Institucionales.
3. Brindé apoyo al comité de acreditación en el proceso Autoevaluación en la recolección y organización de información.
4. Realicé informe para Auditoría de ICONTEC
5. Hice acompañamiento en las reuniones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación
6. Realicé informe de matriz de indicadores.
7. Cumplí con todas las actividades correspondientes la objeto de mi contrato

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

SI X NO

4. CONTRATISTA:


<p>YANCY ANDREA MUÑOZ CERÓN 1.088.972.038</p>	 Firma
--	---

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1088972038
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YANCY ANDREA MUÑOZ CERON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 43 NO. 109-78 BL E APTO	TELÉFONO: 3746535
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: INVEST. Y DESARROLLO DE LAS
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7619122069	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2015	SALUD: AÑO: 2015
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2015/09/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 162058855

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 140.800
SUBTOTAL:				1	\$ 140.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
814000337	ESSC18	ESSC18-EMSSANAR ESS		1	\$ 110.000
SUBTOTAL:				1	\$ 110.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800226175	14-25	14-25-COLMENA		1	\$ 4.600
SUBTOTAL:				1	\$ 4.600

TOTAL PAGADO:	\$ 255.400
----------------------	-------------------

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	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:

Documento de Identificación:

Tipo de Contrato: No. de Contrato:

Periodo evaluado y/o supervisado: Del al

1. OBJETO:

Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación y Servicios.

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. Prestar servicios de apoyo a la Oficina Asesora de Planeación 2. Atender a las solicitudes de la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación 3. Realizar seguimiento de indicadores del Plan de acción 2015 Realizar seguimiento a matriz de indicadores Institucionales. 4. Brindar apoyo al comité de acreditación en el proceso Autoevaluación para la recolección y organización de información. 5. Realizar informe para auditoría de ICONTEC 7. Apoyar al comité de Acreditación 9. Demás actividades designadas por el supervisor	100%

5. PRODUCTOS ENTREGADOS:

- Informe de indicadores Plan de Acción e institucional
- Matriz de seguimiento del Plan de Acción 2015 primer semestre.
- Matriz de seguimiento Indicadores Institucionales
- Otras actividades encomendadas en el transcurso de los procesos.

6. 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

7. INFORME FINANCIERO:

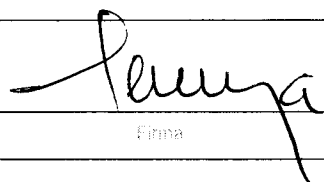
Valor del Contrato:	\$19.800.000
Valor a Pagar:	\$2.200.000
Valor Ejecutado:	\$13.200.000
Valor por Ejecutar:	\$6.600.000

8. OBSERVACIONES:

--

9. SUPERVISOR:

Luz Stella Murillo Zabala


Firma