

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	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: MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ

Documento de Identificación: 6.135.462 Cali

No. de Contrato: 1-06-03-95-2015 Valor a pagar: \$ 7.571.000

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:

MARIA ISABEL ANDRADE
C.C.29.184.675


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




 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="MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ"/>
Documento de Identificación:	<input type="text" value="6.135.462 Cali"/>
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-95-2015"/>
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="29/04/2015"/> al <input type="text" value="27/05/2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<p>Evaluación medico deportiva a todos los usuarios quienes por medio de la prueba de tamizaje, fueron clasificados como de riesgo cardiovascular u osteomuscular durante la práctica del entrenamiento físico</p> <p>Prescripción del ejercicio a todos los usuarios del centro de acondicionamiento físico que fueron detectados con riesgo durante la prueba de tamizaje</p> <p>Valoración medico deportiva a todos los usuarios particulares quienes asisten a los programas de preparación física en el centro de acondicionamiento físico de la Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Consulta particular de medicina del deporte de personal externo a la Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Remisión, control y egreso de los pacientes que requieren del servicio de fisioterapia en la IPS de la Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Participación en los diseños de los programa de acondicionamiento físico y rehabilitación de lesiones deportivas en la IPS Escuela Nacional del Deporte</p> <p>Evaluación y clasificación de la estratificación del riesgo cardiovascular y osteomuscular por medio de un cuestionario de tamizaje (PAR-Q) a todos los usuarios que pretenden ingresar al centro de acondicionamiento físico.</p> <p>En horas de la tarde se atiende las necesidades medicas prioritarias de medicina general de todas las personas que pertenecen a la Escuela Nacional del Deporte</p>

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

4. CONTRATISTA:		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"> MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ CC. 6.135.462 Cali </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">  Firma </td> </tr> </table>	MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ CC. 6.135.462 Cali	 Firma
MOISES ARTURO CABRERA HERNANDEZ CC. 6.135.462 Cali	 Firma	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICBF	
Cc: 6137462		CABRERA HERNANDEZ MOISES ARTURO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 240 2 72	CAJ-VALLE	3764950	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión	Pago	Planilla	Limite	Pago					
2015-05	42396003	8442396003	1	2015/05/13	2015/05/05	BANCO AV VILLAS	0	\$909,200	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$514,800	\$0	\$0	\$514,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$514,800	\$0	\$0	\$514,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,800	\$0	\$0	\$15,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$15,800	\$0	\$0	\$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$378,600	\$0	\$0	\$378,600
SALUDCOOP	EP5013	800,250,119	1	1	\$378,600	\$0	\$0	\$378,600
TOTAL				1	\$909,200	\$0	\$0	\$909,200

PAGADO