

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: GUSTAVO SANTANA PEREZ ✓

Documento de Identificación: 6.199.864 ✓

No. de Contrato: 1-06-03-319-2015 ✓ Valor a pagar: \$ 12.000.000 ✓

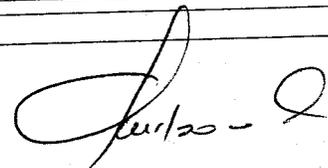
2. DOCUMENTOS SOPORTE DE PAGO

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"/>
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:

WILSON CANIZALES
 C.C. No. 79.297.095 de Bogota

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 2

Fecha Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<input type="text" value="GUSTAVO SANTANA PEREZ"/>
Documento de Identificación:	<input type="text" value="6.199.864"/>
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="SERVICIOS PROFESIONALES"/>
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-319-2015"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="29-09-2015"/> al <input type="text" value="15-10-2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Director del proyecto Elaboración del Plan Maestro del Deporte y la Recreación y los Planes de Actividad Físicas del Distrito de Santa Marta.

2. TERMINO DEL CONTRATO:
HASTA EL 24 DE OCTUBRE DE 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia • Poner al servicio de la institución Universitaria Escuela Nacional del deporte toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. • Coordinar con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones. • Contribuir a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada. • Dar apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones. • Presentar los informes requeridos del proyecto. • Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto. 	50% para las actividades previamente planificadas.

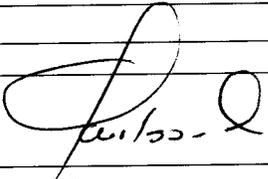
4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Informe técnico, asistencia

5. SOPORTE PARA PAGO:
El contratista presentó: Informe de Actividades: <input checked="" type="checkbox"/> Pagos Seguridad Social: <input checked="" type="checkbox"/>

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

Valor por Ejecutar:	\$ 12.000.000
---------------------	---------------

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:	
WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota	
Nombre y No. Documento de Identidad	Firma

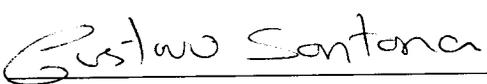
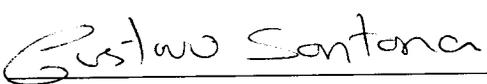
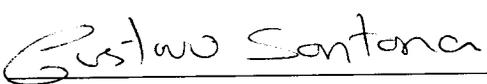
 ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: IG.1.19.04.08
		Fecha: 8/07/2013
		Versión: 4
		Página 1 de 1

Fecha de elaboración del informe: Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA:	
Nombre Contratista:	<input type="text" value="GUSTAVO SANTANA PEREZ"/>
No. Identificación	<input type="text" value="6.199.864"/>
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-319-2015"/>
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="22-09-2015"/> al <input type="text" value="08-10-2015"/>

2. INFORME DE ACTIVIDADES (Detalle las actividades ejecutadas en desarrollo del objeto contractual):
<ul style="list-style-type: none"> • Preste los servicios con responsabilidad y eficiencia • Pose al servicio de la institución Universitaria Escuela Nacional del deporte toda mi experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. • Coordine con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones. • Contribuí a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada. • Di apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones. • Presente los informes requeridos del proyecto. • Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.

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

4. CONTRATISTA:				
<table> <tr> <td>GUSTAVO SANTANA PEREZ C.C. 6.199.864</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Nombre y No. Documento de Identidad</td> <td style="font-size: small;">Firma</td> </tr> </table>	GUSTAVO SANTANA PEREZ C.C. 6.199.864		Nombre y No. Documento de Identidad	Firma
GUSTAVO SANTANA PEREZ C.C. 6.199.864				
Nombre y No. Documento de Identidad	Firma			

COMPRADOR: NIT: -----

999919 recaudo simple 244.000 H
 DOCUMENTO : 8843519370
 VALOR : 244.000
 FECHA DOC : 20150824
 ***** TOT 244.000
 Efectivo 245.000
 CAMBIO 1.000
 8/24/15 08:21 0515 02 0035 28541

PROGRAMA EN RECEPCION POR NUESTRO PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

SIMPLE S.A.
 www.pagosimple.com

Fecha creación reporte: 2015-08-24 08:11:45 AM Tipo Planilla: I- PLANILLA INDEPENDIENTES
 Periodo Cotización: septiembre de 2015 Periodo Servicio: septiembre de 2015

RECAUDO
 CONCEPTO :
 NÚMERO DE PLANILLA: 424
 FECHA: 08/24/15
 REFERENCIA PAGO (IMP): 8

PAGOSIMPLE Prefectura
GUARDADA 24/08/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Razon Social	GUSTAVO SANTANA PEREZ	Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL
Documento	CC6199864	Teléfono	4841534
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CALLI	Identificación	CC6199864
Representante Legal	SANTANA PEREZ GUSTAVO		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMP aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades												Pensionales						Salud			Riesgos						Cajas		
Identificación	Apellido y Nombre	Tipo	Salario	Comisión	CC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CC6199864	SANTANA PEREZ GUSTAVO	SI																													

III. TOTALES

IBCF Pension	IBCF Salud	IBCF Riesgos	IBCF Caja	Aportes Pajalón	Aportes PFR	Aportes FRS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sane	Aportes ICAT	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Financiaciones	Financiaciones	Financiaciones
\$ 858.000	\$ 858.000	\$ 0	\$ 0	\$ 137.000	\$ 0	\$ 0	\$ 107.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	1 d	1 d	1 d

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora	10	Periodo de cotización salud	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
----------------------------	----	-----------------------------	-------	---------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------------	---------

Cafam- Colsubsidio-Mercaderuerías Cafam-Colsubsidio-
 888843519370000000991231

Grupo Éxito-Bancomparit-Comandi Grupo Éxito-
 (415)7709998485884(8020)9843519370(3900)00

Lineas de Servicio FonosIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 90 00 - Cartagena: 656 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País Más que Fácil, SIMPLE!
 Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

Fecha 5

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: GUSTAVO SANTANA PEREZ

Documento de Identificación: 6.199.864

No. de Contrato: 1-06-03-319-2015 Valor a pagar: \$ 12.000.000

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"/>
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:

WILSON CANIZALES
C.C. No. 79.297.095 de Bogota

[Firma manuscrita]

Firma

 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="GUSTAVO SANTANA PEREZ"/>		
No. Identificación	<input type="text" value="6.199.864"/>		
No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-319-2015"/>		
Periodo de ejecución de la actividad:	Del <input type="text" value="15-10-2015"/>	al	<input type="text" value="24-10-2015"/>

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

- Preste los servicios con responsabilidad y eficiencia
- Pose al servicio de la institución Universitaria Escuela Nacional del deporte toda mi experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.
- Coordine con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones.
- Contribuí a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada.
- Di apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones.
- Presente los informes requeridos del proyecto.
- Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto.

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

SI NO

4. CONTRATISTA:

GUSTAVO SANTANA PEREZ C.C. 6.199.864 <small>Nombre y No. Documento de identidad</small>	 <small>Firma</small>
---	--

 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="GUSTAVO SANTANA PEREZ ✓"/>		
Documento de Identificación:	<input type="text" value="6.199.864 ✓"/>		
Tipo de Contrato:	<input type="text" value="SERVICIOS PROFESIONALES"/>	No. de Contrato:	<input type="text" value="1-06-03-319-2015 ✓"/>
Periodo evaluado y/o supervisado:	Del <input type="text" value="15-10-2015"/>	al	<input type="text" value="24-10-2015"/>

1. OBJETO:
Prestación de servicios Profesionales de apoyo a la gestión de Proyección Social de la Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte como Director del proyecto Elaboración del Plan Maestro del Deporte y la Recreación y los Planes de Actividad Físicas del Distrito de Santa Marta. ✓

2. TERMINO DEL CONTRATO:
HASTA EL 24 DE OCTUBRE DE 2015

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

OBLIGACIONES	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO (%)
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Prestar los servicios con responsabilidad y eficiencia • Poner al servicio de la institución Universitaria Escuela Nacional del deporte toda su experiencia y conocimiento para cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. • Coordinar con el equipo de trabajo el desarrollo de las capacitaciones. • Contribuir a la convocatoria (promoción y difusión) de las capacitaciones ofertada. • Dar apoyo al proceso de inscripción de las personas interesada en participar en las capacitaciones. • Presentar los informes requeridos del proyecto. • Dar apoyo a la institución en las reuniones y requerimientos del proyecto. 	100% para las actividades previamente planificadas.

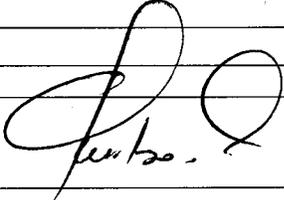
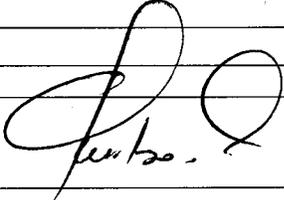
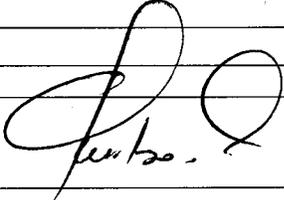
4. PRODUCTOS ENTREGADOS:
Informe técnico, asistencia

5. SOPORTE PARA PAGO:
El contratista presentó: Informe de Actividades: <input checked="" type="checkbox"/> Pagos Seguridad Social: <input checked="" type="checkbox"/>

 <p>ESCUELA NACIONAL del DEPORTE INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA</p>	INFORME DE SUPERVISION	Código: IG.1.19.04.07
		Fecha: 08/07/2013
		Versión: 5
		Página 2 de 2

Valor por Ejecutar:	\$ 0
---------------------	------

7. OBSERVACIONES:

8. SUPERVISOR:		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota</p> <hr/> <p style="font-size: small;">Nombre y No. Documento de Identidad</p> </td> <td style="width: 50%; border: none; text-align: center;">  <hr/> <p style="font-size: small;">Firma</p> </td> </tr> </table>	<p>WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota</p> <hr/> <p style="font-size: small;">Nombre y No. Documento de Identidad</p>	 <hr/> <p style="font-size: small;">Firma</p>
<p>WILSON CANIZALES C.C. No. 79.297.095 de Bogota</p> <hr/> <p style="font-size: small;">Nombre y No. Documento de Identidad</p>	 <hr/> <p style="font-size: small;">Firma</p>	

SIMPLE S.A.
www.pagosimple.com

Fecha creación reporte: 2015-10-29 08:13:48 AM Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: octubre de 2015

Periodo Servicio: octubre de 2015

Número Planilla: 887365890
Referencia pago (PJM): 8843519370

PAGOSIMPLE | Periferia

GUARDADA 24/08/2015

I. DATOS DEL APORTANTE

Reason Social	GUSTAVO SANTANA PEREZ	Dirección	CRA 40 A 12 B 82 DEPARTAMENTAL
Documento	CC6199864	Teléfono	4841534
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CALI	Identificación	CC6199864
Representante Legal	SANTANA PEREZ GUSTAVO		

IMPORTANTE: Señor aportante si usted realiza el pago de su aporte después de las 4:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A. da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Cotización	CANTON PEREZ GUSTAVO	Tipo Cotización	COTIZACIÓN (MIL * PROTECCION)	Novedades												Pensiones												Salud												Riesgos												Cajas												Parafiscales												Total												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																									
III. TOTALES																																																																																								

REG. Previdencia	\$ 888.000	REG. Salud	\$ 888.000	REG. Riesgo	\$ 888.000	REG. Cajas	\$ 0	Aportes Parafiscales	\$ 137.000	Aportes PSP	\$ 0	Aportes PSS	\$ 0	Aportes Salud	\$ 107.000	Aportes Riesgo	\$ 8.900	Aportes Caja	\$ 0	Aportes Puma	\$ 0	Aportes CBR	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min. Educación	\$ 0	Gratificaciones, Licencias, Salidas	\$ 0	Indemnizaciones	\$ 0	Subtotal	\$ 222.900	TOTAL	\$ 285.700
------------------	------------	------------	------------	-------------	------------	------------	------	----------------------	------------	-------------	------	-------------	------	---------------	------------	----------------	----------	--------------	------	--------------	------	-------------	------	--------------	------	------------------------	------	-------------------------------------	------	-----------------	------	----------	------------	-------	------------

N/INFORMACION												Periodo de cotización salud											
Día hábil de pago sin mora												Enero <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Diciembre <input type="checkbox"/>											
10																							

Cafam-Cotsubsidio-Mercaderguerías Cafam-Cotsubsidio-
88884351937000000991231

Grupo Exito-Bancompart-Conti
(415)7709998485884(8020)84

Líneas de Servicio Fonosimple: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 36
Más que Fácil, SIMPLE!

SONOS ENVIAR A TERCER ONICIA EN UNIDAD
REGISTRO POR NUMERO NO INICIA EN UNIDAD
66166 5400 20 5190 82:80 51/62/01
000.092
007.992
007.992
007.992
026158488
H 007.992

018WJ
ovittafj
COD UNCAF
RORVA
DINAMICOD
atdwis opncsdj 616666

IMPRESOR: *****