MEMORANDO

Radicado No: 202149002000019253

Para: ANA ESTELA PORTELA NOGUERA
Pagador Grupo Financiero ICBF Regional Magdalena

Asunto: REMISION CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO Y SOPORTES DEL CTO 327/2021 NU3 CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO 2021

Fecha: 2021-04-16

De manera atenta le estamos enviando soportes para el TERCER desembolso de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, del Centro Zonal Santa Marta 2 correspondiente al mes de Marzo 2021 del contrato N.º 327 de 2020, de acuerdo con la forma de pago establecida en la cláusula tercera del mismo.

Se adjunta las certificaciones de acuerdo con la información contractual para su respectivo trámite.

1. Contrato de Aporte N.º: 327 DE 2020 con la **FUNDACION NU3.**

Cordialmente,

MARIA DEL SOCORRO PABON
Profesional Especializado 2028-17 con
funciones de Coordinadora Centro Zonal Santa Marta 2

Anexo: (14) Folios

Aprobó: Maria Pabon- Coordinadora CZSMarta 2
Revisó: Maria Pabon- Coordinadora CZSMarta 2
Proyectó: Yuris Contreras Profesional Universitario CZSMarta 2

CERTIFICACION				
CONTRATO DE APORTE N.º	BENEFICIARIO CONTRATO	COMPROMISO - 6621		
327 30/12/2020	NU3 NIT: 900.067.105-8, quien tiene como Representante **CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO** identificado con cedula Nº 1.140.818.870.	CDP- **6621**		
		DD	MM	A
		04	01	2021
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y LA ATENCIÓN DEL BAJO PESO EN MUJERES GESTANTES, EL BAJO PESO AL NACER Y EL RETRASO EN TALLA, MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE CONDICIONES ADECUADAS DE NUTRICIÓN Y SALUD, Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FAMILIARES PARA LA GENERACIÓN DE ENTORNOS PROTECTORES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL			
FORMA DE DESEMBOLSO DE LOS APORTES DEL ICBF	Se cancela UN CUARTO DESEMBOLSO por valor de $ 46.575.765 CUARENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCOPESOS M/L, teniendo en cuenta que se autorizó desde el nivel nacional compra de ALC debido a la necesidad de la población de la ejecución del contrato correspondientes a la atención. .			
Para la realización de este desembolso LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO debe entregar previamente al ICBF los siguientes documentos	**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Los pagos estarán sujetos al cumplimiento del reporte del 100% de la información en el Sistema de Información establecido por el ICBF del mes inmediatamente anterior a la presentación de la cuenta. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los pagos se realizarán dentro de los 30 días calendario siguientes a la radicación de la factura -la cual deberá presentarse por El Contratista dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización del mes, y la certificación de cumplimiento. Adicionalmente, El Contratista deberá presentar *a)* Soporte de focalización de beneficiarios; *b)* relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; *c)* Ficha de ingreso de beneficiarios; *d)* Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional y Alimento Listo para el Consumo; *e)* Informe de casos remitidos al sector salud y seguimiento con los respectivos soportes de las remisiones efectuadas en el mes; *f)* Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; *g)* Certificación del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El Contratista para la modalidad, del pago de su seguridad social en salud, pensiones y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; *h)* Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; *i)* Certificación del pago al equipo de la modalidad, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; *j)* Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; *k)* Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El Contratista de acuerdo con lo establecido en el manual operativo de la modalidad; *l)* Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal del Contratista y			

CLASIFICADA

	con constancia de pago en la Entidad Bancaria. **PARÁGRAFO CUARTO:** Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para este solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **PARÁGRAFO QUINTO:** Todos los pagos se realizarán conforme al PAC del ICBF.		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	MARIA DEL SOCORRO PABON CASTAÑEDA PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-17 CON FUNCIONES DE COORDINADORA Centro Zonal Santa Marta 2		
IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	C-4102-1500-12-0-4102016-02 ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS		
FECHA CERTIFICACION	DIA/MM 16/ABRIL	AA 2021	

MARIA DEL SOCORRO PABON
Profesional Especializado 2028-17 con
funciones de Coordinadora Centro Zonal Santa Marta 2

Proyecto: Yuris Contreras
Reviso: Maria Pabon

CLASIFICADA

Yo, **MARIA DEL SOCORRO PABON CASTAÑEDA**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	NU3						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900067105-8				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	327	FECHA SUSCRIPCIÓN	30 (día)	diciembre (mes)	2020 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 30 (día) diciembre (mes) 2020 (año)	HASTA 30 (día) septiembre (mes) 2020 (año)		RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	16 (día) abril (mes) 2021 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 4 DE 10	
VALOR A PAGAR	$ 46.575.765,00	EN LETRAS	CUARENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCOPESOS M/L
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) marzo (mes) 2021 (año)	HASTA 31 (día) marzo (mes) 2021 (año)	

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	6621	27	C-4102-1500-12-0-4102016-02	101- ATENCION Y PREVENCION A LA DESNUTRICION	02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 46.575.765,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	77777554806	TIPO DE CUENTA	CORRIENTE

3. OBSERVACIONES

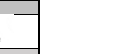
4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

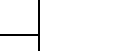
5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 46.575.765,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 46.575.765,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 46.575.765,00	

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARIA DEL SOCORRO PABON CASTAÑEDA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-17 CON FUNCIONES DE COORDINADORA	MAGDALENA	CENTRO ZONAL SANTA MARTA 2	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
YURIS MILENA CONTRERAS CASTILLO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2044-07	MAGDALENA	CENTRO ZONAL SANTA MARTA 2	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
ADALGIZA RADA MARTINEZ	NUTRICION		16/04/2021

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

DEVOLUCIONES

NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Barranquilla, 05 de abril de 2021

CUENTA DE COBRO No 21-32

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT: 899.999.239-2

AK 68 No. 64 C 75

DEBE A

NU3

NIT: 900.067.105-8

La suma de $46.575.765 (Cuarenta y seis millones quinientos setenta y cinco mil setecientos sesenta y cinco pesos m/cte.)

Por concepto: Ejecución del contrato No. 327 correspondiente al mes de marzo de 2021.

Cordialmente,

Cindy Duran Lizarazo
Representante legal

alimenta cuerpo y alma

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Barranquilla, 01 Abril de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Magdalena

Yo, **CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.140.818.870 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Representante Legal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. He efectuado los procedimientos de revisión que he considerado pertinentes, de acuerdo con las normas de auditoría aceptadas en Colombia, con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), en el mes de marzo de 2021.

   El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de Julio de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de la mencionada obligación de pago.

2. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

3. He verificado el pago de los aportes a los sistemas descritos en el párrafo 1, de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, e informamos que la compañía ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

4. Adicionalmente, el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones en el mes de marzo 2021.

Se expide la presente certificación el (01) día del mes de abril de 2021 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía.

CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO
C.C. No. 1.140.818.870
Representante Legal

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

alimenta cuerpo y alma

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Barranquilla, 01 de Abril de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Magdalena

Yo, **CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.140.818.870 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Representante Legal de la entidad **NU3,** identificado con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto con los proveedores de bienes y servicios, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución en el mes de marzo de 2021.

Se expide la presente certificación el (01) día del mes de Abril de 2021 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía.

Atentamente,

CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO
C.C. No. 1.140.818.870
Representante Legal

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

alimenta cuerpo y alma

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE TALENTO HUMANO

Barranquilla, 01 Abril de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Magdalena

Yo, **CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.140.818.870 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Representante Legal de la entidad **NU3,** identificado con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto de pago a todo el talento Humano, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución en el mes de marzo de 2021.

Se expide la presente certificación el (01) día del mes de abril de 2021 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía.

Atentamente,

CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO
C.C. No. 1.140.818.870
Representante Legal

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

alimenta cuerpo y alma

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE TALENTO HUMANO

Barranquilla, 01 de abril de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Magdalena

Yo, **Rodolfo Jhair Peña Quiñones**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.129.576.056 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto de pago a todo el talento Humano, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de marzo del año 2021.

Se expide la presente certificación al primer (01) día del mes de abril de 2021 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía.

Atentamente,

RODOLFO JHAIR PEÑA QUIÑONES
C.C. No. 1.129.576.056
T.P. No. 145299 - T

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Barranquilla, 01 de abril de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Magdalena

Yo, **Rodolfo Jhair Peña Quiñones**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.129.576.056 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. He efectuado los procedimientos de revisión que he considerado pertinentes, de acuerdo con las normas de auditoría aceptadas en Colombia, con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para el mes de marzo de 2021.

   El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de Julio de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de la mencionada obligación de pago.

2. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

3. He verificado el pago de los aportes a los sistemas descritos en el párrafo 1, de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, e informamos que la compañía ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

4. Adicionalmente, el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondientes al mes de marzo de 2021.

Se expide la presente certificación al primer (01) día del mes de abril de 2021 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía.

Atentamente,

RODOLFO JHAIR PEÑA QUIÑONES
C.C. No. 1.129.576.056
T.P. No. 145299 – T

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

alimenta cuerpo y alma

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Barranquilla, 01 de abril de 2021

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Magdalena

Yo, **Rodolfo Jhair Peña Quiñones**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.129.576.056 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto con los proveedores de bienes y servicios, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de marzo del año 2021.

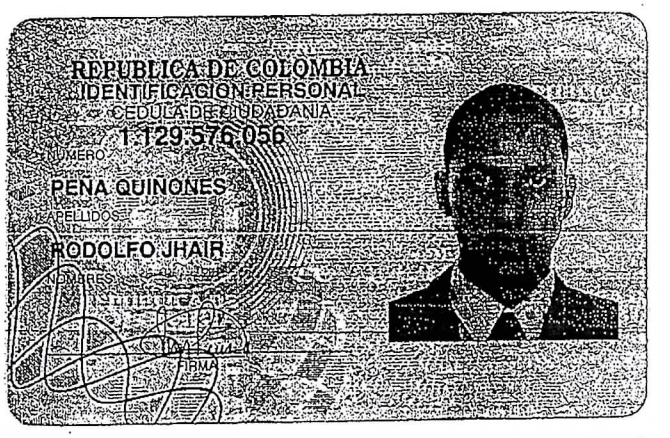
3. Certifico que nu3 manejo los procedimientos necesarios para verificar el pago de la SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, del personal contratista por orden de servicio o por cuenta de cobro.

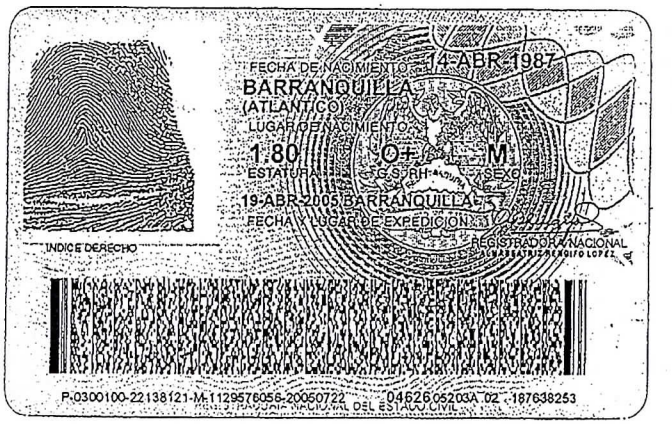
Se expide la presente certificación al primer (01) día del mes de abril de 2021 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía.

Atentamente,

RODOLFO JHAIR PEÑA QUIÑONES
C.C. No. 1.129.576.056
T.P. No. 145299 - T

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.129.576.056
APELLIDOS
PEÑA QUIÑONES
NOMBRES
RODOLFO JHAIR
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
14-ABR-1987
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
19-ABR-2005 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P:0300100-22138121-M-1129576056-20050722 0462605203A 02 187638253



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

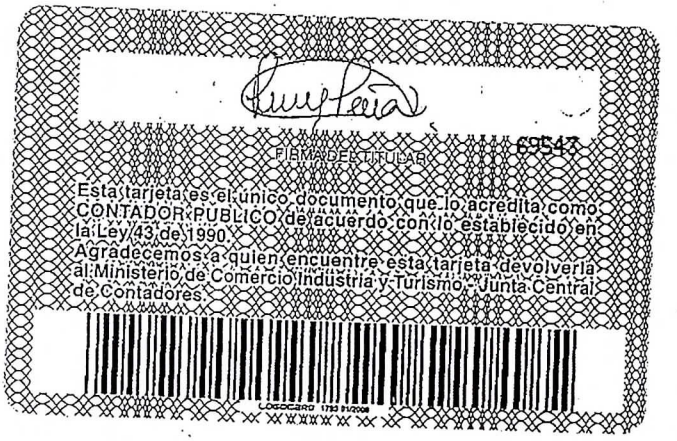
145299-T

RODOLFO [illegible]
PEÑA QUIÑONES
C.C. 11.295.6858
RESOLUCION INSCRIPCION 349
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

FECHA 19/11/2009

PRESIDENTE
LEONARDO SANCHEZ GARRIDO

154877



FIRMA DEL TITULAR

69543

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A592456F39A1E99A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **RODOLFO JHAIR PEÑA QUIÑONES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1129576056 de BARRANQUILLA (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 145299-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *