MEMORANDO

Radicado No: 202440007000018533

PARA: SANDRA MILENA GALINDO
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: Desembolso No 3 contrato 19002472024

Fecha: 2024-06-04

Adjunto al presente se envía certificación de cumplimiento para el pago del desembolso No 3 del contrato de aportes No **19002472024**, suscrito con la FUNDACION HAZ TU CORAZON MICAYSEÑO, para la atención del mes de JUNIO Y JULIO del 2024.

Se anexan los siguientes documentos: Certificación de cumplimiento, planilla firmada por el coordinador, factura, constancia de estar al día con el SGSS y proveedores.

Cordialmente,

PATRICIA VENTE GRUESO
Coordinadora Centro Zonal Costa Pacífica.

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
Proyecto:	Claudia Dalila Viveros/ Técnico Administrativo		4/06/2024
Reviso:	Claudia Dalila Viveros/ Técnico Administrativo		4/06/2024
Aprobó:	Patricia Vente Grueso/ Profesional Universitario.		4/06/2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

Yo, **CLAUDIA DALILA VIVEROS VALENCIA**

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	**FUNDACIÓN HAZ TU CORAZÓN MICAYSEÑO**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**Nit**	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900583801**				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	**CONTRATO**	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**19002472024**	FECHA SUSCRIPCIÓN	**19** (día)	**febrero** (mes)	**2024** (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **19** (día) **febrero** (mes) **2024** (año)	HASTA	**31** (día) **diciembre** (mes) **2024** (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			**4** (día) **junio** (mes) **2024** (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**3**	DE	**6**
VALOR A PAGAR	**$ 201.430.784**	EN LETRAS	**DOSCIENTOS UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.**		
PERÍODO DE PAGO	DESDE **1** (día) **junio** (mes) **2024** (año)	HASTA	**31** (día) **julio** (mes) **2024** (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACION INICIAL A LA PRIMERA INFANCIA	63124	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	161		$ 201.430.784

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:	**BANCO AGRARIO DE COLOMBIA**	NÚMERO DE CUENTA	**421392043050**	TIPO DE CUENTA	**AHORROS**

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

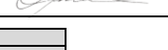
PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$ 201.430.784
GASTOS DE INVERSION DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 201.430.784
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 201.430.784

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
CLAUDIA DALILA VIVEROS VALENCIA	TECNICO ADMINISTRATIVO	REGIONAL CAUCA	CENTRO ZONAL COSTA PACIFICA	
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
MIRIAN CUENU OCORO	ENLACE FINANCIERO DE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN	REGIONAL CAUCA	CENTRO ZONAL COSTA PACIFICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Cauca
CENTRO ZONAL COSTA PACIFICA
4. PRIMERA INFANCIA.
MODALIDAD FAMILIAR-SERVICIO DIMF

PAGO 3 DE 6

No. Cont	CONTRATISTA	NIT	COMPROMISO	VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	NRO. UDS	VALOR GIRO	VALOR GIRO POLIZA	TOTAL GIRO	NRO. CUENTA	BANCO	TIPO
19002472024	FUNDACIÓN HAZ TU CORAZÓN MICAYSEÑO	900583801	63124	$ 1.079.523.018	6	$ 201.430.784	$ 0	$ 201.430.784	421392043050	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	AHORROS
VALOR GIRO:DOSCIENTOS UN MILLÓN CUATROCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.						$ 201.430.784	$ 0	201.430.784			

PATRICIA VENTÉ GRUESO
COORDINADORA
CARGO: Profesional Universitario
CENTRO ZONAL: Costa Pacifica

Elaboro: Claudia Dalila Viveros
Reviso: Mirian Cuenu ocoro



Factura Electrónica De Venta No

No. 149

Documento Oficial de Autorización de Numeración de Facturación Electrónica No. 18764054194357 Vigencia 12 meses: 22/08/2023 al 22/08/2024 Numeración Habilitada del No. 125 al 200

FUNDACION HAZ TU CORAZON MICAYSEÑO

Nit 900583801

IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA

No somos Grandes Contribuyentes

Actividad Económica ICA 9499 0.00 X 1000

CLIENTE	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT	899999239 2

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
Avda Cra. 68 No.64C-75	Bogota D.C.	4377630

VENDEDOR	FORMA DE PAGO
ANDERSON SUAREZ RIASCOS	Contado

FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO
31/05/2024	31/05/2024

POR CONCEPTO DE

DESEMBOLSO No. 03 DEL CONTRATO 19002472024 CORRESPONDIENTE A LA ATENCION DE 6 UNIDADES DE SERVICIO CON 300 USUARIOS DE LA MODALIDAD DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR - DIMF - SIN ARRIENDO, EN EL MUNICIPIO DE LOPEZ DE MICAY - CAUCA, EN EL MES DE JUNIO DE 2024, SEGÚN CLAUSULA 8 DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EN ICBF

Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	CA 19002472	CONTRATO DE APORTE No. 19002472024	1	Und.	201.430.784	0%	0	201.430.784

Total líneas o ítems: 1

SUBTOTAL	**201.430.784**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
TOTAL DE LA OPERACIÓN	**201.430.784**
RETEFUENTE	**0**
RETEIVA	**0**
RETEICA	**0**
TOTAL MENOS RETENCIONES	**201.430.784**

Valor en Letras

DOSCIENTOS UN MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 31/05/2024 10:56:23

Medios de Pago: Consignación bancaria

Calle la Virgen - ed. Cooserpul Teléfono 3166909290-3178947670

Correo Electrónico fun.haztucorazonm@hotmail.com

CUFE: a1f9a8b6653255fc9405d09c9e0839802c8bce64dc2c2ca2975ff219770e23bb35d9e63a8f31b062de44e868e83f1ff7--Expedición:31/05/2024 11:03 AM

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN HAZ TU CORAZÓN MICAYSEÑO

CERTIFICA:

Que La **FUNDACIÓN HAZ TU CORAZÓN MICAYSEÑO**, identificada con el Nit: **900583801-9** ubicada en la calle la virgen municipio de López de Micay – Cauca, responsable de Prestar los servicios para la atención a la primera infancia en la Desarrollo Infantil en Medio Familiar Sin Arriendo –DIMF se encuentra a PAZ Y SALVO con los PROVEEDORES de alimentos, aseo, material didáctico y papelería con corte a 30 de mayo del 2024.

Dada en López de Micay a los treinta y un (31) días del mes de mayo de 2024.

ANDERSON SUAREZ RIASCOS
Representante Legal

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA JURÍDICA

Yo, **ANDERSON SUAREZ RIASCOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. **10.302.318** de Popayán (Cauca), en mi condición de Representante Legal de la **Fundación Haz Tu Corazón Micayseño**, identificada con Nit **900.583.801-9**, certifico que durante los dos (02) últimos meses (abril - mayo) del 2024 calendario legalmente exigibles, la Entidad contratista ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en López del Micay a los treinta y un (31) días del mes de mayo de 2024

_____
ANDERSON SUAREZ RIASCOS
C.C. 10.382.318