MEMORANDO

Radicado No: 202440002000039463

Para: SANDRA MILENA GALINDO DIAZ
Coordinadora Grupo Financiero

Asunto: CERTIFICACION DE PAGO ATENCIÓN SEPTIEMBRE CUARTO DESEMBOLSO MODALIDAD ATRAPASUEÑOS ESPACIOS COMUNITARIOS CONTRATO 19005402024

Fecha: 2024-10-23

Comedidamente remito la Certificación del cuarto desembolso de la Modalidad Atrapasueños Espacios Comunitarios, correspondiente al periodo de septiembre del Contrato de Aporte que se relaciona a continuación, para su trámite de pago:

EAS	NIT	Modalidad	No Contrato
CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA	891.501.766-6	Atrapasueños espacios comunitarios	19005402024

DERLY FABIOLA PEREZ PUENTES
Supervisora de Contrato Centro Zonal Centro

Proyecto: Derly Fabiola Perez Puentes – Profesional universitario
Reviso: Derly Fabiola Perez Puentes – Profesional universitario
Aprobó: Derly Fabiola Perez Puentes – Profesional universitario

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL CAUCA

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ SUPERVISORA
DERLY FABIOLA PEREZ PUENTES

C E R T I F I C A :

Que se cumplió con las obligaciones del Contrato

OBJETO: Promover el reconocimiento, la garantía y la protección integral de derechos, el buen vivir y la participación de niñas, niños y adolescentes, como agentes de cambio contribuyendo a la atención integral y a la construcción de generaciones para la vida y para la paz

Contratista:	**Corporación Universitaria Autonoma del Cauca**					NIT: 891.501.766-6	
Contrato No.:	**19005402024**		Fecha:	4/07/2024			
Modalidad:	Atrapasueños Espacios Comunitarios						
Identificadores:	**C-4602-1500-9-704020-4602021-02-152**						
	C-4602-1500-9-704020-4602021-02-153						
Compromiso:							
Compromiso:	**278224**	DEL 04/07/2024					
Compromiso:							

Vr. Cupo Mes:	252.550,00
Vr. Cupo Día:	8.418,33
vr. Costo fijo 100%	0,00
Vr. Dia costo fijo 100%	0,00

CENTRO ZONAL	Cupos Programados	dias s Totalmente Utilizados dias	Días Cupos Total/m. Util. 100%		Dias NO Utilizados
Sur	1400	30,00	1.400		0,0

CÁLCULO CUPOS A PAGAR EN EL MES						
CUPOS UTILIZADOS TOTALMENTE (100%)		DIAS NO UTILIZADOS TOTALMENTE 100%				VALOR TOTAL DE LOS CUPOS EN EL MES
Número Cupos	Valor Cupos	Número dias	Valor Cupos			
840	$ 215.512.033		$0			
560	$ 143.674.688		$0			
		Número cupos	Valor Cupos			
						$ 359.186.721

proyecto y elaboro:DERLY FABIOLA PEREZ PUENTES
supervisora/ profesional Universitario

DERLY FABIOLA PEREZ PUENTES

Yo, _____

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	Corporación Universitaria Autonoma del Cauca				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT: 891.501.766-6		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	19005402024	FECHA SUSCRIPCIÓN	4 (día) julio (mes) 2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 4 (día) julio (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			22 (día) octubre (mes) 2024 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	4 DE 7
VALOR A PAGAR	$ 359.186.721,00	EN LETRAS	TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS MCTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) septiembre (mes) 2024 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS	278224	10	C-4602-1500-9-704020-4602021-02-152	152		$ 215.517.033,00
APOYO PARA EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE VIDA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	278224	10	C-4602-1500-9-704020-4602021-02-153	153		$ 143.674.688,00

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:	BANCO DE OCCIDENTE	NÚMERO DE CUENTA	057-83116-6	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 359.186.721,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 359.186.721,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 359.186.721,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SIDS	ÁREA O C.E.	FIRMA
DERLY FABIOLA PEREZ PUENTES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CAUCA	CZ.CENTRO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.E.**	**FIRMA**

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.E.	FIRMA
BLANCA JULIETH QUILINDO GUARIN	ENLACE DE IMPLEMENTACIÓN INFANACIA Y ADOLESCENCIA / APOYO FINANCIERO	CAUCA	GAT	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
BLANCA JULIETH QUILINDO GUARIN	GRUPO DE ASISTENCIA TECNICA		22/10/2024

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO UNICAMENTE 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 COP Y A LA LEY 1581 DE 2012

CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA

NIT: 891.501.766-6

POPAYÁN
CALLE 5 NRO 3-85
PBX: 8213000
RECEPCION@UNIAUTONOMA.EDU.CO
ENTIDAD PERTENECIENTE AL REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL

NIT 891501766-6
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764061454441
Fecha 06/12/2023 - 06/12/2024
Autorización de Facturación Electrónica del DAPR22291 al DAPR999999 .
No Somos Grandes Contribuyentes
No Somos Autorretenedores
Estamos Exentos de Retefuente (Art. 23 ET)
Somos Agente Retenedor de Impuesto de Renta
Email: profesional.facturacion@uniautonoma.edu.co
Teléfono: 8222295

Departamento	Fecha		
Bogotá	22	10	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° DAPR31745

Cliente:	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	**NIT:**	899999239-2	**Fecha de firmado:**	22/10/2024 16:24:54
Dirección:	AV. Cra 68 # 64 c 75	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	4377630
Email:	derlyf.perez@icbf.gov.co	**Forma de Pago:**	Crédito	**Medio de pago:**	Otro
Vencimiento:	Octubre 30 del 2024	**Hora emisión:**	16:24:53-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Fecha de pago:	30/10/2024				
Total de Lineas:	1				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	OTROSSERV	1,00	FACTURA CLIENTE OTROS SERVICIOS Valor equivalente al cuarto desembolso del contrato 19005402024 por 30 días de atención directa, cuyo objeto es Promover el reconocimiento, la garantía y la protección integral de derechos, el buen vivir y la participación de niñas, niños y adolescentes, como agentes de cambio contribuyendo a la atención integral y a la construcción de generaciones para la vida y para la paz. Promover el reconocimiento, la garantía y la protección integral de niñas y niños entre los seis (6) y trece (13) años, y	WSD				$359.186.721,00	$359.186.721,00

Notas:

SON: (trescientos cincuenta y nueve millones ciento ochenta y seis mil setecientos veintiun pesos)
CUFE: 27c1f35d9293b5b6cad87c9b30c0337d2bc833c4016efe449d2379be0e9fa7e5e381033614fdeefbb7b7e244f5896268

Subtotal:	$359.186.721,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$359.186.721,00

Firma Digital: PvDESfuYHTNAWctD1HZV4OnH3reedPDkFtPpmrxhPgZY7zxLoItqwrBm0/5mU2vA
80dsn1u669tQMYpe9ZoCmG6nQLYQE0hVG02ZTMXqBG+97twVrd
UM4rYjNK7wPT9S y0YAZ0xiCK73J93mlFJrQCVCfUjyUdlxs+TIrY5l/Glc1/jg/vjohnCZgQgeW7uM v5WLptcINW5Lh2Two1jn0Mau7pJBdW4eBuo
iL/+J1VlqdLID8ZT8Rjayw58MVcV2 MQ2Iuw5Y0R4qyuqulZFuoWgOPNyXJAKU9/8rCHShJXWqKTTLVYdDLcjKhDlHel1H jLOi1UbtdamJQWTJtbh6
SA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DEL CAUCA CONTRATO DE APORTE 19005402024 CENTRO ZONAL CENTRO

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 LEY 828 DE 2003

Yo, **ELKIN YAMID MUÑOZ GAVIRIA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 76.329.939 de Popayán. Tarjeta Profesional 106143-T en mi calidad de REVISOR FISCAL, bajo la gravedad de juramento manifiesto que la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIAAUTÓNOMA DEL CAUCA, NIT No. *891.501.766-6, ha cumplido*** con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes al mes de **SEPTIEMBRE** de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentran a **PAZ YSALVO** con las Empresas Promotoras de Salud-EPS, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, la Caja de Compensación Familiar, el InstitutoColombiano de Bienestar Familiar ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA,

Adicionalmente certifica que el personal vinculado por Contrato de Prestación de Servicios y/o operativo ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud correspondiente al mes anterior a la expedición del presente certificado, lo anterior dando cumplimiento al Artículo 50 ley 789 del 2002 y el art. 23 de la ley 1150 de 2007.

ELKIN YAMID MUÑOZ GAVIRIA
Revisor Fiscal
Identificación No. 76.329.939
Tarjeta Profesional 106143 – T

Popayán, 22 de octubre de 2024

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1609958689C00805

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 **ELKIN YAMID MUÑOZ GAVIRIA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 76329939 de POPAYAN (CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 106143-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 22 días del mes de Octubre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

106143-T



ELKIN YAMID
MUÑOZ GAVIRIA
C.C. 76329939
RES. INSCRIPCION 236 DEL 25/11/2004
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

279308 115671

Identificación Plástica S.A. 180942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

76.329.939

NUMERO

MUÑOZ GAVIRIA

APELLIDOS

ELKIN YAMID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1978

BOLIVAR
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

13-NOV-1996 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1100100-36140974-M-0076329939-20051117 00267 05321A 02 198952670