ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988
NIT: 800.143.122-6
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 4-2020

Villavicencio, 12 de abril de 2024

No. 20245000200053332 Código Web
SmuAUdNUO+4RhBrR/XcjJW+9USA=
Radicador: Nasly Colmenares Fecha: 12/04/2024 15:23:34 Folios: 30
Remitente ASOCIACIÓN PORFÍA TRES
Destino: CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO - META
BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

Señora
JASMIN DEL SOCORRO DIAZ TOBAR
Supervisora Contrato 50001882024
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Ciudad

Cordial Saludo;

Por medio de la presente me permito hacer entrega cuenta de cobro y soportes para el Primer desembolso del contrato 50001882024, Asociación Porfía Tres.

Anexos: ( ) Folios

Agradezco su atención.

Atentamente,

Lina Marcela Alvarez

LINA MARCELA ALVAREZ OCHOA
C.C. 1.121.822.269 de Villavicencio
Representante Legal

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid cel. 3123641307 Villavicencio – Meta
Email. asopadresporfiatres@gmail.com

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
(Ley 1231/08, Art.617 ET y Art.3 dec.522 de 2003)

Ciudad y Fecha: Villavicencio, 12 de abril de 2024 **N. 1**

Datos del Vendedor o de quien presta el servicio

Razon Social /Nombre y Apellido	**NIT O C.C.**	**Codigo Actividad:**
ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 3	800.143.122-6	8890

Dirección y Ciudad:
Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid

Telefono
3105900720

Datos del Comprador o contratante

Razon Social /Nombre y Apellido
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT:
899.999.239 - 2

Dirección y Ciudad:
Cra 22 N 10-73/89 Sur
Barrio Doña Luz

Teléfono:
6628973

Cant.	Descripcion	Vlr unitario	Vlr Total
15	Primer desembolso del contrato de aporte No.50001882024 que corresponde a 2 meses de atención por el total de cupos contratados.		304.336.830
TOTAL			**304.336.830**

Son: Trescientos Cuatro Millones Trescientos Treinta y Seis Mil Ochocientos Treinta Pesos M/CTE

Observaciones:

Lina Marcela Alvarez Ochoa
ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 3
C.C. # 800.143.122-6
Anexo soportes

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800143122-6
PERSONERIA JURIDICA 0001038
DEL 30/08/1988

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor"

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Villavicencio, 12 de abril de 2024

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL META

Yo, LINA MARCELA ALVAREZ OCHOA identificado con cédula de ciudadanía No. 1.121.822.269 de VILLAVICENCIO META, en mi calidad de representante legal, de la ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PORFIA TRES VILLAVICENCIO identificada con NIT No. 800143122-6 manifiesto bajo la gravedad del juramento, que se ha cumplido con los pagos correspondientes a los proveedores durante el contrato 50001882024

Atentamente,

Lina Marcela Alvarez
LINA MARCELA ALVAREZ OCHOA
C.C. No. 1.121.822.269
Representante legal

ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800143122-6
PERSONERIA JURIDICA 0001038 DEL 30/08/1988

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor"

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

Villavicencio, 12 de abril de 2024

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL META

Yo, LINA MARCELA ALVAREZ OCHOA identificado con cédula de ciudadanía No. 1.121.822.269 de VILLAVICENCIO META, en mi calidad de representante legal, de la ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOSY OTRAS MODALIDADES DE LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PÒRFIA 3 identificada con NIT No. 800143122-6 manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad ha cumplido, durante el contrato 50001882024 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.

Dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,

Lina Marcela Alvarez
LINA MARCELA ALVAREZ OCHOA
C.C. No. 1.121.822.269
Representante legal

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 29516631
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2024-04-08

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ASOCIACION COMUNITARIA PORFIA 3	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	800143122	D.V.	6	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	MZ 42 CASA 11 ETAPA 2	DEPARTAMENTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8899	CORREO ELECTRÓNICO	ASOPADRESPORFIATRES@GMAIL.COM	TELÉFONO	6837232
FAX	3123641307	SUCURSAL	02	NOMBRE SUCURSAL	contrato 2
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1121822269	PRIMER APELLIDO	ALVAREZ	SEGUNDO APELLIDO	OCHOA
PRIMER NOMBRE	LINA	SEGUNDO NOMBRE	MARCELA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2024	Mes: 03	Año: 2024	Mes: 04	Sucursal
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
48		$31.200.000		29516631

PAGADA

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

VILLAVICENCIO
COLOMBIA, 2024/03/22

Por medio de la presente hacemos constar que la empresa **ASC PADRES FLIA H C B PORFIA 3** **Con Nit 800143122-6** de VILLAVICENCIO – META,

Posee en el Banco Davivienda :

CUENTA DE AHORROS (DAMAS)

Numero **0550-0969- 0007- 7726**
Fecha de Apertura 2024/03/22

Cordialmente

DAVIVIENDA
0550 - OFICINA CENTAUROS

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.822.269**

ALVAREZ OCHOA

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES



Lina Marcela Alvarez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-1986**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G S RH	SEXO

14-JUL-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 5200100-00159418-F-1121822269-20090617 0012558775A 1 6760025180

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO SERVICIOS ADMINISTRATIVOS FORMATO REFERENCIA CRUZADA	F5.P1.SA	11/02/2019
		Versión 2	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información PÚBLICA	

SEDE:	REGIONAL META	
	CÓDIGO	NOMBRE
SECCIÓN:	50000	/ DIRECCIÓN REGIONAL META
SUBSECCIÓN:	50200	/GRUPO JURIDICO
SERIE:	57	/CONTRATOS ESTATALES
SUBSERIE:	2	/Contratos de bienes, obras o servicios
UBICACIÓN FÍSICA DE LA CARPETA O EXPEDIENTE		
Nombre Carpeta:	ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3	No del expediente: 50001882024
Caja:		Carpeta:
Nombre documento:	PRIMER DESEMBOLSO -RADICADO N° Nº 20245000200053332 DE FECHA 12/04/2024	
Fecha:	12/04/2024	No. Folio:
Descripción:	1 CD- PRIMER DESEMBOLSO	
Ubicación:		
Estanteria:		No. Folio o Posición:
Razón de la separación:	Se realiza la separación para la preservación del soporte magnético	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA