CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO PROVEEDORES

Villavicencio, 19 de diciembre de 2024

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL META

Yo, **MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 23.800.423 de Muzo – Boyacá, en mi calidad de Representante Legal de la ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PORFIA 3, Identificada con NIT No. 800.143.122-6 manifiesto bajo gravedad de juramento que la asociación ha cumplido con los pagos correspondientes a proveedores.

Atentamente,

Maria Cristina Perez Cruz
MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. No. 23.800.423
Representante legal