**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Cecilia De la Fuente de Lleras
**DIRECCION REGIONAL META**
**Grupo de Asistencia Tecnica ( Meta)**
**PUBLICA**

BIENESTAR FAMILIAR

# MEMORANDO

Radicado No: 202550300000007823

**Para:** LEONARDO GONZALEZ VILLALOBOS
Coordinador Grupo Financiero
Regional Meta

**Asunto:** Desembolso de dos días de diciembre contrato 50006662024

**Fecha:** 2025-02-04

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito allegar soportes para pago del contrato de aportes #50006662024 con rubro C-4602-1500-10-704040-4602014-02 dependencia 122 recurso 27, del aliado estratégico FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA

Cordialmente,

**PILAR RODRIGUEZ GARCIA**
Coordinador Grupo De Asistencia Técnica

Anexo: 14 Folios.

Aprobó: Pilar Rodriguez Garcia- Coordinadora Grupo De Asistencia Técnica
Revisó: Rowig Enrique de la Cruz de la Hoz - Supervisor contrato 50006662024
Proyectó: Victor Alfonso Pena Baquero -Contratista

Yo, **LUZ ANGELA CRUZ VARGAS**

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 | FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 800215666 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 50006662024 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 30 (día) | diciembre (mes) | 2024 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 30 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2025 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 4 (día) febrero (mes) 2025 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Reserva presupuestal | PAGO No: | | DE | |
| VALOR A PAGAR | $ 3.397.483,00 | EN LETRAS | TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MCTE | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 30 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | HASTA | 31 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | | |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MODALIDADES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO | 327524 | 21 | C-4602-1500-10-704040-4602014-02 | 122 | A-02-02-02-009-003-05 | $ 3.397.483,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 CAJA SOCIAL S.A. | NÚMERO DE CUENTA | 24141609638 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

se constituyo una reserva presupuestal por valor de $4.807.512 y el aliado estrategico ejecuto $3.397.483 por los dias 30 y 31 de diciembre del 2024 y se libera mediante otro si modificacion el valor de $1.410.029

**4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | $ | 3.397.483,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 3.397.483,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 3.397.483,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| LUZ ANGELA CRUZ VARGAS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | META | GAT | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| VICTOR ALFONSO PEÑA BAQUERO | CONTRATISTA | META | GAT | |


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
| PILAR RODRIGUEZ GARCIA | ASISTENCIA TÉCNICA | | 4/02/2025 |

| 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

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

Villavicencio, 09 de Enero de 2025

**CUENTA DE COBRO No. 235**

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR "ICBF"
NIT: 899.999.239-2

**DEBE A:**

FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"
NIT: 822.002.132-5

**LA SUMA DE:** Tres millones trescientos noventa y siete mil cuatrocientos ochenta y tres pesos m/cte **$ 3.397.483**

**POR CONCEPTO DE:**

| DESCRIPCIÓN | CANT | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|
| PAGO EJECUCIÓN 30 Y 31 DE DICIEMBRE DE 2024- DE CUPOS CONTRATADOS DEL CONTRATO No. 50006662024- DEL SERVICIO DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. | 1.25 | 22.256,8 | **27.821** |
| COSTOS FIJOS | 214.75 | 15.691,0920 | **3.369.662** |
| **TOTAL** | | | **3.397.483** |

Dado en Villavicencio, a los 09 días del Mes de Enero de 2025.

Consignar a la cuenta de ahorros No. 24141609638 del Banco Caja Social.

Atentamente,

**MARTHA MEJIA DE ROMERO**
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal FUNDEPRO

FUNDEPRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

# CERTIFICACION CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 780 DE 2002

## CERTIFICA:

La suscrita a saber **MARTHA MEJIA DE ROMERO,** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 21.232.354 expedida en Villavicencio, actuando en mi condición Representante Legal de la persona jurídica denominada **FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** con NIT. **822.002.132-5** y **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86.067.609** de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. **111.113-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal.

Certifican que la empresa ha cumplido durante los últimos seis meses, con los pagos al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos profesionales) y con los aportes parafiscales correspondientes a las personas contratadas y los contratistas vinculados, por tanto certifico que han cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de Seguridad Social Salud, Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales, por lo que declaro que se encuentran a PAZ Y SALVO con las empresas Promotoras de Salud IPS, Fondo de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales ARL, Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Colombiano de Bienestar Familiar y SENA.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Nueve (09) días del Mes de Enero de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

**MARTHA MEJIA DE ROMERO**
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

**ROBINSON ESPITIA MOYA**
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA |
| IDENTIFICACIÓN: | NI-822002132 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 06 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | APE VILLAVICENCIO |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-12-20 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-01-10 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-12-20 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE BOGOTA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-12 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-01 |
| NÚMERO PLANILLA: | 31975130 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 31975130 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS041 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 195.000 |
| Subtotal Salud | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 195.000 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 249.500 | $ 249.500 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 249.500 | $ 249.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.500 | $ 5.500 |
| Subtotal ARL | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.500 | $ 5.500 |
| CCF34 | 892000146 | COFREM | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 62.400 | $ 62.400 |
| Subtotal CCF | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 62.400 | $ 62.400 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 31.200 | $ 31.200 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 46.800 | $ 46.800 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 590.400 | $ 590.400 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 10/02/2025 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 822002132 | 5 | FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA | B | 06 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 8560 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 85-1 | TV 26 39 C 25 | | 6833818 | | | FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-12 | 2025-01 | 31975130 | E | 2024-12-20 | TODOS LOS CENTROS | META | VILLAVICENCIO | 590.400 | 0 | BANCO DE BOGOTA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 31975130 | 2025-01-10 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
| 1 | CC 1006782612 | ORTIZ GONZALEZ KAREN DAYANA | 1.908.660 | F | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | PROTECCION 230201 | 508.976 | 81.500 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 508.976 | 63.700 | COFREM-CCF34 | 508.976 | 20.400 | 508.976 | 0 | 0,00000 | 508.976 | 10.200 | 15.300 | 0 | 0 | 01 | 0 | 191.100 | N | 1829901 |
| 2 | CC 1006782612 | ORTIZ GONZALEZ KAREN DAYANA | 1.500.000 | F | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 21 | 21 | 21 | 21 | PROTECCION 230201 | 1.050.000 | 168.000 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 1.050.000 | 131.300 | COFREM-CCF34 | 1.050.000 | 42.000 | 1.050.000 | 5.500 | 0,00522 | 1.050.000 | 21.000 | 31.500 | 0 | 0 | 01 | 0 | 399.300 | N | 1829901 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 822002132 | 5 | FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA | B | 06 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 8560 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 85-1 | TV 26 39 C 25 | | 6833818 | | | FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-12 | 2025-01 | 31975130 | E | 2024-12-20 | TODOS LOS CENTROS | META | VILLAVICENCIO | 590.400 | 0 | BANCO DE BOGOTA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 31975130 | 2025-01-10 | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.558.976 | 1.558.976 | 1.558.976 | 1.558.976 | 1.558.976 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 2 | 249.500 | 0 | 0 | 249.500 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 2 | 249.500 | 0 | 0 | 249.500 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 2 | 195.000 | 0 | 0 | 195.000 |
| NUEVA E.P.S. S.A. MOV | EPS041 | 900156264 | 2 | 2 | 195.000 | 0 | 0 | 195.000 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 2 | 5.500 | 0 | 0 | 5.500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 2 | 5.500 | 0 | 0 | 5.500 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 2 | 62.400 | 0 | 0 | 62.400 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
| COFREM | CCF34 | 892000146 | 3 | 2 | 62.400 | 0 | 0 | 62.400 |
| SENA(Administradoras: 1) | | | | 2 | 31.200 | 0 | 0 | 31.200 |
| SENA | PASENA | 899999034 | 1 | 2 | 31.200 | 0 | 0 | 31.200 |
| ICBF(Administradoras: 1) | | | | 2 | 46.800 | 0 | 0 | 46.800 |
| ICBF | PAICBF | 899999239 | 2 | 2 | 46.800 | 0 | 0 | 46.800 |
| Gran Total | | | | | 590.400 | 0 | 0 | 590.400 |

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE LAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS Y DE PROVEEDORES

Villavicencio, 09 de Enero de 2025

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**Regional META**
Ciudad

Yo, **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86.067.609** de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. **111.113-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la **FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** identificada con NIT. **822.002.132-5**, su dirección Sede Villavicencio es la Carrera 24 # 37 C 04 Barrio Villa Julia, manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto de obligaciones tributarias, y hasta la fecha no tiene ningún pago pendiente de sus proveedores de bienes del Contrato de Aporte No. **50006662024 de 2024**, suscrito entre el ICBF- Regional META y la Fundación Para el Progreso de la Orinoquia "FUNDEPRO", de acuerdo con los términos de pago tributarios y las políticas internas de pago de la Fundación durante el **día 30 y 31 de Diciembre de 2024.**

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Nueve (09) días del Mes de Diciembre de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

**MARTHA MEJIA DE ROMERO**
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

**ROBINSON ESPITIA MOYA**
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E628E1E8696DB551

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 ROBINSON ESPITIA MOYA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 86067609 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 111113-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

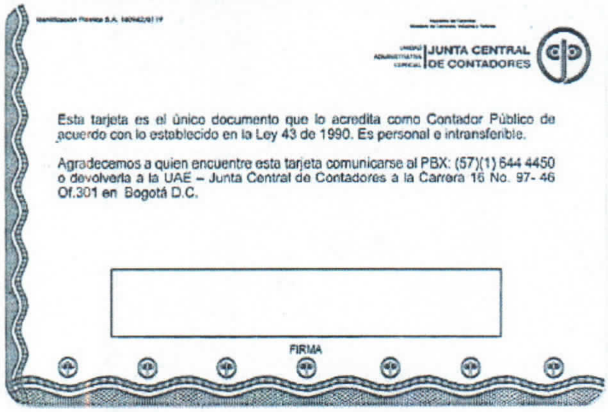
Dado en BOGOTA a los 19 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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



Válido para Fundepro NIT: 822.002.132-5






21

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7E74E02E1AB3E319

**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 **LEIDY MARCELA MOLINA PARRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121864435 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 219076-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 2 días del mes de Enero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

Sandra M Barrios

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO

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

11

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

**219076-T**



**LEIDY MARCELA**
**MOLINA PARRA**
**C.C. 1121864435**
**RESOLUCION INSCRIPCION 810** **FECHA 02/09/2016**
**UNIVERSIDAD CORP. UNIV. AUTONOMA DE NARIÑO**

**DIRECTOR GENERAL**

**OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA** 234267

**222496**

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.864.435**

**MOLINA PARRA**
APELLIDOS

**LEIDY MARCELA**
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1990**
**PEREIRA**
**(RISARALDA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

**04-JUN-2008 VILLAVICENCIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00828955-F-1121864435-20160518 **00498**21629A 1 6723919690

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **21.232.354**

**MEJIA De ROMERO**

APELLIDOS

**MARTHA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1955**

**OROCUE**
**(CASANARE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**13-SEP-1976 VILLAVICENCIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5200100-01130512-F-0021232354-20200206 0069951672A 1 9911716345