CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO PROVEEDORES

Villavicencio, 30 de abril de 2025

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 se ha cumplido con los pagos correspondientes a proveedores en el marco del contrato 50006532024.

Atentamente,

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