CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Bogotá, junio 10 de 2025

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CENTRO ZONAL BOSA

Yo, **ANA ROCIO QUIROZ MARINQUE**, identificado con cédula de ciudadanía N° **52.339.600** de la ciudad de Bogotá , en mi calidad de representate legal y **D**IEGO DANILO DAZA APONTE, identificado con cedula de ciudadanía N° **1.019.066.300** en mi condición de Contador de la **ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA** identificado con **NIT:830.107.985-1** manifestamos bajo gravedad de juramento que esta entidad , se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto con todos los proveedores de Bienes y Servicios , de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al mes de mayo del año 2025.

La presente certificación se expide a los 10 días del mes de junio del 2025, en la ciudad de Bogotá D.C

Cordialmente,

ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
Representante Legal
C.C. 52.339.600

DIEGO DANILO DAZA APONTE
Contador
C.C. 1.019.066.300
T.P. 264546-T