39400

MEMORANDO

Radicado No: 202539400000043123

Para: LUZ DENY BRINEZ PEREZ
Grupo Financiero

Asunto: DOCUMNETOS DE COBRO CONTRATO **85001352025** PERIODO **AGOSTO** 2025 - SERVICIOS DE RESTAURANTE LA MAMONA.

Fecha: 2025-09-18

Cordial Saludo,

Me permito enviar documentos soporte para trámite de pago correspondiente al mes de **AGOSTO** 2025, del contrato No. **85001352025**, cuyo objeto es **"PRESTAR EL SERVICIO DE RESTAURANTE A LOS SERVIDORES PUBLICOS QUE LABORAN EN EL ICBF, SEDE REGIONAL Y CENTRO ZONAL YOPAL, CASANARE."**. A nombre de **LA MAMONA SAS**. identificado con NIT No 9 0 0 2 8 5 5 8 2-2 - Se anexa los siguientes documentos:

- ✓ Certificación de Pago contratos prestación de servicios
- ✓ Factura electrónica de venta
- ✓ Representación Gráfica factura electrónica de venta
- ✓ Certificado pago parafiscales
- ✓ Planillas de seguridad social

Agradezco la atención,

YULIETH PAOLA CALDERON MEDINA
Coordinadora Grupo Administrativo

Proyectó: Fridt Yaneth Galindo Ramirez/Profesional apoyo a Supervisión

Yo, **YULIETH PAOLA CALDERON MEDINA**

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	LA MAMONA S.A.S						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900285582-2				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	85001352025	FECHA SUSCRIPCIÓN	24 (día)	febrero (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 27 (día) febrero (mes) 2025 (año)	HASTA	27 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			18 (día) julio (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	6 DE 7
VALOR A PAGAR	17,561,016.00	EN LETRAS	DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL DICISEIS PESOS M/CTE.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) agosto (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
A-02-02-02-006-003	39325	27	A 02 02 02 006 003	321 DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA	A-02-02-02-006-003-03	$ 13.107.267,00
					DESCUENTO POR NÓMINA	$ 4.453.749,00

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:	DAVIVIENDA	NÚMERO DE CUENTA	286100052476	TIPO DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS DAMAS

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	17.561.016,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	17.561.016,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	17.561.016,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
YULIETH PAOLA CALDERON MEDINA	SUPERVISORA CONTRATO	CASANARE	GRUPO ADMINISTRATIVO	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FRIDT YANETH GALINDO RAMIREZ	PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISIÓN	CASANARE	GRUPO ADMINISTRATIVO	

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
FRIDT YANETH GALINDO RAMIREZ	GRUPO ADMINISTRATIVO		18/09/2025

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



Factura Electrónica de Venta LAM 7480
LA MAMONA SAS
900285582 - 2
No Somos Grandes Contribuyentes
Responsable de IVA
No Autorretenedor Impuesto de Renta - Retenedor en la Fuente por Renta
Autorización Numeración de Facturación: 18764080132397 de 24/09/2024
Vigente hasta 24/09/2025 - Prefijo: LAM de la factura 1719 a la 100000
Act. Econ. 5611 RT.ICA 3*1000

CUFE 621aa2215030c8195a55defd0315da9b0092b2fa32c9a91e71c80aca4a856a33fec830965d80a80baca13c73010b1c06

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-ICBF REGIONAL CASANARE

NIT 899999239 - 2
Dirección: DIAGONAL 9 8 85
Ciudad: Yopal, Casanare, Colombia
Teléfono: (57608) 4377630 - Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
Vendedor: LA MAMONA SAS

Fecha Factura: 16/09/2025 09:12:37
Fecha Expedición: 16/09/2025 09:12:39
Forma de Pago: Crédito - 30 Días
Fecha Vcto.: 16/10/2025
Medio de Pago: Transferencia

Nro.	Ítem (Código)	Descripción Ítem (Código)	UM	Cant.	Vlr. Unitario	IVA %	IVA (Unitario)	ICO	Vlr. Total
1	0001	SERVICIO DE RESTAURANTE AGOSTO	UNID	778.00	20,900.00	0.00	0.00	8.00	16,260,200.00

Observaciones:
#$46-02-00-085;85001352025;Yulieth.Calderon@icbf.gov.co#$

Subtotal	16,260,200.00
Descuentos	0.00
IVA	0.00
ICO	1,300,816.00
Total COP	**17,561,016.00**

Total Nro. Líneas: 1

Vlr. Total: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL DIECISEIS (PESOS COLOMBIANOS)

ESTABLECIMIENTO LA MAMONA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

CALLE 11 18 44 Tel (57608) 6333899

Yopal, Casanare, Colombia

-ORIGINAL-

Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1 www.loggro.com
Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1
El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
621aa2215030c8195a55defd0315da9b0092b2fa32c9a91e71c80aca4a856a33fec830965d80a80baca13c73010b1c06

Número de Factura: LAM-7480
Fecha de Emisión: 16/09/2025
Fecha de Vencimiento: 16/10/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LA MAMONA SAS
Nombre Comercial: LA MAMONA SAS
Nit del Emisor: 900285582
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZA - IVA e INC
Actividad Económica: 5611

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Yopal
Dirección: CALLE 11 18 44
Teléfono / Móvil: 3142896644
Correo: asaderolamamona@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-ICBF REGIONAL CASANARE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999239
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Casanare
Municipio / Ciudad: Yopal
Dirección: DIAGONAL 9 8 85
Teléfono / Móvil: 4377630
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	0001	SERVICIO DE RESTAURANTE AGOSTO	ZZ	778,00	$ 20.900,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00	$ 1.300.816,00	8.00	$ 16.260.200,00

Notas Finales

Observaciones: #$46-02-00-085;85001352025;Yulieth.Calderon@icbf.gov.co#$
Act. Económica: Act. Econ. 5611 RT.ICA 3*1000
Información del establecimiento: ESTABLECIMIENTO LA MAMONA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | CALLE 11 18 44 | Tel (57608) 6333899 | Yopal - Casanare - Colombia
Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1
El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

Datos Totales



Documento generado el:
16/09/2025 09:12:38
Documento validado por la DIAN:
16/09/2025 09:12:39
XML Generado por: Proveedor Tecnológico
901361537
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	
IVA	0,00
INC	
Bolsas	0,00
Otros impuestos	
Total impuesto (=)	
Total neto factura (=)	
Descuento Global (-)	
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**$** $

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	16.260.200,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	16.260.200,00
IVA	0,00
INC	1.300.816,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	1.300.816,00
Total neto factura (=)	17.561.016,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $** $ 17.561.016,00

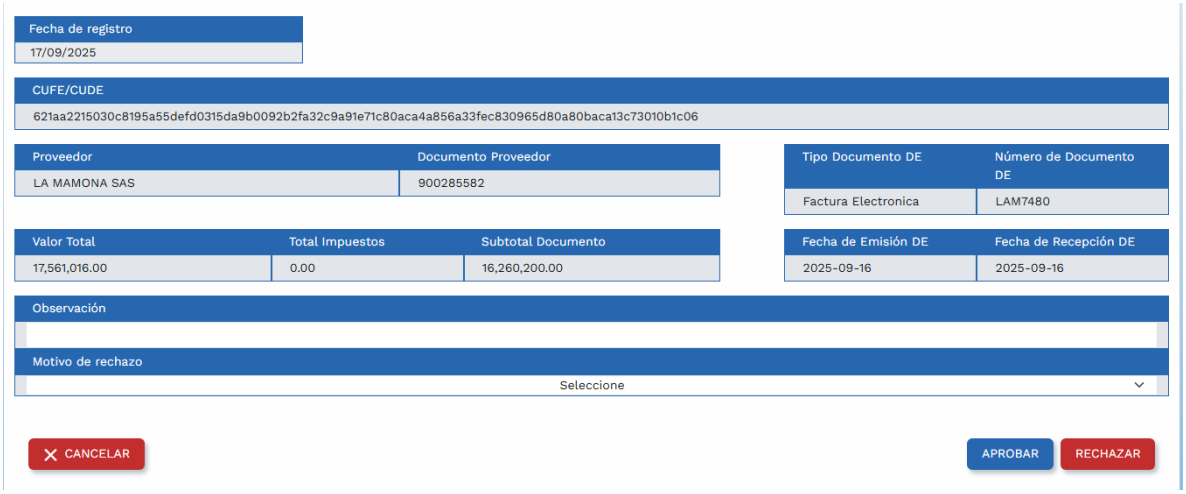
Valores informativos

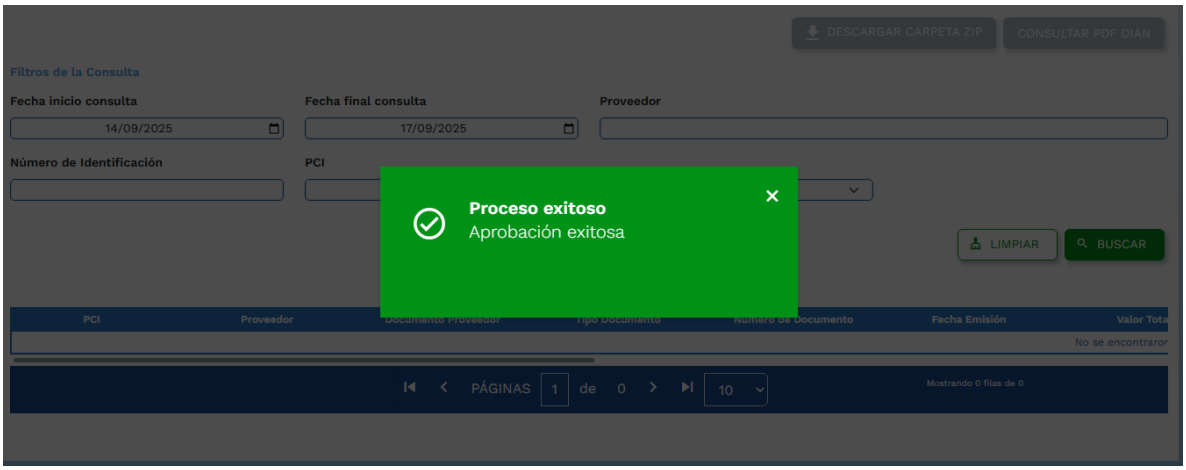
ANTICIPOS
Anticipos

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización:	Rango desde:	Rango hasta:	Vigencia: 2025-09-24
18764080132397	1719	100000	

APROBACIÓN FACTURA FUENTE SIIF NACIÓN





CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003

Yo, **ALEJANDRO ALBERTO VARGAS VILLAMI**L , identificado con Cédula de ciudadanía No. 9.430.883, en mi condición de Representante Legal de LA MAMONA SAS, identificada con Nit 900285582-2, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de YOPAL, CASANARE certifico el pago de aportes realizados por la compañía durante el periodo de Agosto 2025, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Dada en Yopal, Casanare a los cinco (05) días del mes de Septiembre de dos mil veinticinco (2025).

Alejandro A. Vargas

ALEJANDRO ALBERTO VARGAS VILLAMIL
REPRESENTANTE LEGAL
LA MAMONA S.A.S
Nit 900285582-2

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900285582-2	LA MAMONA S.A.S	CL 11 NRO. 18 44	6333899	asaderolamamona@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	22/08/2025	88826321	$5.465.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.800	0		0		0	0	0	0	200.800	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	344.600	0		0		0	0	0	0	344.600	5
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	182.200	0		0		0	0	0	0	182.200	3
EPSC25	Capresoca EPS	891856000-7	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	2.848.700	0	0	0	0	0	0		2.848.700	11
25-14	Colpensiones	900336004-7	515.300	0	0	0	0	0	0		515.300	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	424.400				424.400	0	0	424.400			4.244	424.400	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	835.900	0	0	835.900	13

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	841.600	841.600
Pensión	2	3.364.000	3.364.000
Riesgos Laborales	1	424.400	424.400
CCF	1	835.900	835.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	5.465.900	5.465.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900285582-2	LA MAMONA S.A.S		CL 11 NRO. 18 44	6333899	asaderolamamona@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	22/08/2025	88826321	$5.465.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007765382	VARGAS MONTAÑA LUISA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1052379406	GUTIERREZ CASTRO YISENIA MARBEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1054120292	NIETO ARGUELLO JENNY CAROLINA	1	0			S								X									25-14	1.796.198	287.400	0	0	0	0	EPS005	1.796.198	71.900	14-23	1.796.198	1	9.400	CCF69	1.796.198	71.900	0	0	0	0	0
4	CC	1097970704	DIAZ CALA ANGEL DE JESUS	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	1118533552	GARCES CACHAY MILTON	1	0			S								X									230301	1.796.198	287.400	0	0	0	0	EPS037	1.796.198	71.900	14-23	1.796.198	3	43.800	CCF69	1.796.198	71.900	0	0	0	0	0
6	CC	1118538918	MENDOZA BURGOS RUBY CONSTANZA	1	0			S								X									230301	1.796.198	287.400	0	0	0	0	EPS037	1.796.198	71.900	14-23	1.796.198	3	43.800	CCF69	1.796.198	71.900	0	0	0	0	0
7	CC	1118542882	ROSAS WILLIAM	1	0			S									X								230301	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS037	142.350	5.700	14-23	142.350	3	0	CCF69	142.350	0	0	0	0	0	0
8	CC	1118542882	ROSAS WILLIAM	1	0			S								X									230301	1.653.848	264.700	0	0	0	0	EPS037	1.653.848	66.200	14-23	1.653.848	3	40.300	CCF69	1.653.848	66.200	0	0	0	0	0
9	CC	1118550609	FONSECA SUAREZ JHONATHAN ANDRES	1	0			S								X									230301	1.796.198	287.400	0	0	0	0	EPS005	1.796.198	71.900	14-23	1.796.198	3	43.800	CCF69	1.796.198	71.900	0	0	0	0	0
10	CC	1118572689	MARTINEZ CHAPARRO KENNY JOBANY	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC25	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
11	CC	1118574545	ACHAGUA PIRABAN ALVARO EDILBERTO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC25	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
12	CC	30056606	MENDOZA DOLFINA	1	0			S																	25-14	949.000	151.900	0	0	0	0	EPS005	949.000	38.000	14-23	949.000	3	23.200	CCF69	949.000	38.000	0	0	0	0	0
13	CC	30056606	MENDOZA DOLFINA	1	0			S													X				25-14	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS005	474.500	19.000	14-23	474.500	3	0	CCF69	474.500	19.000	0	0	0	0	0
14	CC	47430229	VELA LEGUIZAMON BLANCA AYDE	1	0			S								X									230301	1.796.198	287.400	0	0	0	0	EPS037	1.796.198	71.900	14-23	1.796.198	3	43.800	CCF69	1.796.198	71.900	0	0	0	0	0
15	PT	5335649	LACRUZ FLORES LIVIA DANIELA	1	0			S								X									230301	1.228.524	196.600	0	0	0	0	EPS041	1.228.524	49.200	14-23	1.228.524	3	30.000	CCF69	1.228.524	49.200	0	0	0	0	0
16	PT	5335649	LACRUZ FLORES LIVIA DANIELA	1	0			S													X				230301	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS041	474.500	19.000	14-23	474.500	3	0	CCF69	474.500	19.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
LA MAMONA S.A.S NIT: 900.285.582 - 2
ALEJANDRO ALBERTO VARGAS VILLAMIL C.C 9.430.883
CONTRATO 85001352025
REPORTE DESCUENTOS ALIMENTACION REGIONAL Y CZ YOPAL
DEL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025

No.	Identificacion	Nombres y Apellidos	Dias	DESCUENTO CONCEPTO 310	CONCEPTO 910	OBSERVACIONES
1	7061339	GRIMALDO MALAVER BOHORQUEZ	30	$ 110.028		
2	7226221	CARLOS HUMBERTO OTALORA MACHUCA	30	$ 103.918		
3	23794419	MARIA ALEXANDRA ZORRO CORREDOR	30	$ 110.028		
4	23835773	LAURA DEL PILAR HERNANDEZ ESPINOSA	30	$ 103.918		
5	24081375	LYDA JANETH SOTELO GARCIA	30	$ 103.918		
6	40049740	ANA PATRICIA RAMOS PARADA	30	$ 103.918		
7	40325906	ALYZZADIELA BALLESTEROS RAMOS	30	$ 103.918		
8	40402202	SANDRA MILENA GONZALEZ CARDENAS	15	$ 55.014		Incapacidad
9	46374691	SANDRA PAOLA CORREDOR SALAMANCA	30	$ 110.028		
10	47437819	YENNY ROCIO VASQUEZ TOVAR	30	$ 103.918		
11	47439530	LUZ DENY BRIÑEZ PEREZ	30	$ 103.918		
12	47440242	SANDRA YOHANA DIAZ DIAZ	30	$ 103.918		
13	47441323	NOHORA YAMILE VARGAS FONSECA	11	$ 38.103		Vacaciones 28/07/2025 al 19/08/2025
14	47442180	YENNY ANDREA GALINDO TORRES	30	$ 103.918		
15	51904020	NATALIA FERNANDA RAMIREZ ZAMUDIO	30	$ 103.918		
16	52005874	HERLI LUCERO RIVERA GOMEZ	30	$ 110.028		
17	52017080	OLGA LUCIA PEREZ MARIÑO	30	$ 103.918		
18	52053602	SONIA OFELIA PARDO ORTEGON	30	$ 110.028		
19	52270107	NIDYA JAZMIN ANDRADE FORERO	10	$ 36.676		Vacaciones 11/08/2025 al 01/09/2025
20	60446656	JULIETH SUSANA FLOREZ VELASCO	30	$ 103.918		
21	63334161	ALEYDA GUTIERREZ GARCIA	30	$ 103.918		
22	63527970	MARGARETH ORTIZ RUBIO	30	$ 103.918		
23	63529407	NATALIE ROJAS ORTIZ	30	$ 110.028		
24	63543819	DIANA CAROLINA CEPEDA HERNANDEZ	18	$ 62.351		Vacaciones 19/08/2025 al 08/09/2025
25	63558639	SANDY NATHALIA ORTEGA PIMIENTO	30	$ 103.918		
26	70512206	ORLANDO DE JESUS MEDINA LOPEZ	30	$ 98.932		
27	74245238	WILLIAM IRENARCO BENAVIDES MARTINEZ	30	$ 103.918		
28	74770270	TOMAS EDUARDO BECERRA ORTIZ	30	$ 110.028		
29	74810320	HECTOR ISAURO BACA MARTINEZ	30	$ 110.028		
30	74861575	JHON ALBEIRO MOSUCA RAMIREZ	30	$ 110.028		
31	1018427185	MAYERLID TATIANA BUSTOS ORIGUA	30	$ 103.918		
32	1018468474	JOHN ALEXANDER DELGADO DELGADO	30	$ 103.918		
33	1020772662	SERGIO ANDRES SOTO CRUZ	18	$ 66.017		Vacaciones 19/08/2025 al 08/09/2025
34	1020736181	DANNY ALBEIRO DAZA SALDAÑA	30	$ 103.918		
35	1049626881	YEIMI ALEJANDRA FLOREZ HERNANDEZ	30	$ 103.918		
36	1049636027	CLAUDIA YURLADI GRANADOS JIMENEZ	30	$ 103.918		
37	1052386031	SARA LILIANA FORERO SUAREZ	30	$ 103.918		
38	1053770797	MARIA CRISTINA UMAÑA MONJE	30	$ 103.918		
39	1057608270	ANGIE NATALY OROZCO SIABATTO	23	$ 79.670		Incapacidad
40	1090396722	YADIRA PINO PINO	30	$ 103.918		
41	1098679898	HERSHEY FABIOLA SANDOVAL BAEZ	30	$ 103.918		
42	1116546557	CAMILO ERNESTO HERNANDEZ GALVIS	30	$ 103.918		
43	1116690508	ERIKA LILIBETH DIAZ PARRA	30	$ 103.918		
44	1118540393	DIEGO ALBEIRO AGUILAR ACEVEDO	30	$ 98.932		
45	1118566392	MARITZA CACHAY LOPEZ	7	$ 23.084		Vacaciones 04/08/2025 al 26/08/2025
46	1118572296	MAIRA ALEJANDRA PINTO ARANDA	30	$ 98.932		
		TOTAL		**$ 4.453.749**	**$ 0**	

TOTAL DE DESCUENTO	**$ 4.453.749**

YULIETH PAOLA CALDERON MEDINA
Coordinadora Administrativa

Proyecto: Yudi Fernanda Cuevas Cachay / Contratista -Referente de Nomina
Grupo Administrativo y Gestión Humana

Yopal, 16 de Septiembre 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

Ref. Radicar Factura Electrónica N° LAM**7480**

Cordial saludo

Por medio del presente oficio me permito Radicar:

BIENESTAR FAMILIAR

No. 20253940000075292
Código web: Hq4fZ5mX9bBsJRTMfcmLDGIODVU=
Radicador: MARTHA ISABEL GOMEZ CEPEDA Fecha: 2025-09-16 12:18 Folios: 40
Remitente: RESTAURANTE LA MAMONA SAS
Clasificada Destino: Grupo Administrativo (Casanare)
Asunto: FACRURA ELECRONICA N LAM7480 SERVICIO DE RESTAURANTE SERVIDORES PUBLICO DE LA REGIONAL CASANARE.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato/ convenio	Documento soporte, o formato o anexo sugerido	Observación
1. Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno entre EL CONTRATISTA y el ICBF	Planillas de control de entrega de almuerzos a funcionarios.	Formato lo aporta el ICBF
5. Presentar la cuenta de cobro y/o factura electrónica correspondiente de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe o reporte de las actividades realizadas para cada pago.	cuenta de cobro y/o factura electrónica correspondiente de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato	Paquete de docuemntos para cobro con soportes con su respectivo oficio remisorio dirigido a la supervisora Nohora Yamile Vargas Fonseca, donde se mencione el numero de contrato, su objeto y el mes que se está cobrando. La cuenta se puede radicar en ventanilla de correspondecia del ICBF o por correo electrónico; de ser por correo se debe enviar como primer destiantario a Martha.GomezC@icbf.gov.co, con el asunto: SOLICITUD RADICACIÓN CUENTA SERVICIO ALMUERZO CONTRATO No. xxxx CIUDAD, con copia a Nohora.Vargas@icbf.gov.co y Fridt.Galindo@icbf.gov.co
6. Realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), aportando los soportes de pago correspondientes, según cada caso, y de acuerdo con la normatividad vigente.	Planillas pagadas de seguridad social	Del contratista y el prsonal minimo requerido que quedó en el contrato.
8. Cumplir con las disposiciones establecidas en el Capítulo “Buenas Prácticas en la Gestión Contractual” del Manual de Contratación vigente.	Certificación del contratista firmada	En esta certificacion indica que cumple con el proncipio de buenas practicas, se debe mecionar esta actividad contractual y la normatividad de higiene y salubridad en la preparación y distribución de la alimentación.
Cumplimiento de Obligaciones Específicas del Contrato y/o Convenio	**Documento soporte, o formato o anexo sugerido**	**Observación**
1. Cumplir con plena autonomía técnica y administrativa, con las actividades, lineamientos y estándares definidos en el numeral 6 “Especificaciones Técnicas de los insumos, bienes, productos, obras o servicios a entregar” de la Ficha de Condiciones Técnicas Esenciales para la Prestación del Servicio y/o Entrega del Bien (FCT).	Planillas de control de entrega de almuerzos a funcionarios.	Formato planillas lo aporta el ICBF
2. Cumplir con los principios de buenas prácticas de manufactura-MPM según el título II del decreto 3075/1997 y en el título II de la Resolución 2674 de 2013, para la compra, recepción, preparación, elaboración, manipulación y almacenamiento de alimentos	Certificación del contratista firmada	En esta certificacion indica que cumple con el proncipio de buenas practicas, se debe mecionar esta actividad contractual y la normatividad de higiene y salubridad en la preparación y distribución de la alimentación.
4. Notificar al supervisor del contrato cada vez que se presenten cambios del personal presentado inicialmente para la prestación del servicio (faltantes, remplazos temporales y/o permanentes) garantizando que el personal nuevo tenga el perfil requerido para cumplir con las labores asignadas y deberá presentar un reconocimiento médico y el carnet de manipulación de alimentos vigente en el cual conste la aptitud para la manipulación de alimentos del personal para la prestación del servicio.	Certificación del contratista firmada y/o Hojas de vida y soportes como estipula la ficha de condiciones tecnicas del personal	Cada mes se certifica SI hubo cambio o NO hubo cambio de personal; de haber cambio de personal Informar a la supervisión y radicar los docuemntos pertinentes.
6. Informar la ausencia del manipulador de alimentos cuando sea motivada por una infección que pudiera dejar secuelas capaces de provocar contaminación de los alimentos que se manipulen, para tal caso deberá presentar reconocimiento médico nuevo previo a retomar las labores de manipulación.	Certificación del contratista firmada	Cada mes se certifica SI hubo ausencia o NO hubo de manipuladores de alimentos. De haber ausencia de personal manipulador Informar a la supervisión y allegar la hoja de vida de la nueva person de remplazo y cumplir con los requisitos inciales del contrato para dicho personal.

8. Llevar un control diario sobre los almuerzos suministrados teniendo en cuenta los listados de los beneficiarios entregados por la supervisión, dicho instrumento debe llevar la firma en original del beneficiario, debe ser presentado con los demás documentos para el respectivo pago.	Planillas de control de entrega de almuerzos a funcionarios.	foramtos faclitados por el ICBF, no se deben toamr el servicio ni firmar los fuencioanrios en vacaciones, licencias, permisos, incapacidades y sin autorización del ICBF. No se ben agregar pesonas a mano ni tachar las planillas.
9. Publicar el menú diario a suministrar autorizados por el supervisor delcontrato, en un lugar visible para los servidores públicos.	Imagen de tablero o whatsapp	La publicación se puede ahcr en tablero en el restaurante o en el grupo de whatsapp ya creado y dispuesto para ello.
10. Entregar los resultados microbiológicos semestral; donde se incluyan superficies, ambientes y equipos, un menú seleccionado aleatoriamente a directriz del supervisor del contrato, en aras de verificar la calidad del servicio y de no ser aceptables se tomarán las acciones correctivas correspondientes por parte del contratista.	soportes resultados del laboratorio	Para esta actividad se debe dar cumpliminto en el mes de Agosto 2025
11. El contratista, deberá realizar una encuesta de satisfacción cada 3 meses contados a partir de la firma del acta de inicio al 70% de los servidores públicos que reciben el servicio; para lo cual debe efectuar y presentar el respectivo análisis y los resultados, e implementar el Plan de Mejora a que haya lugar.	Certificación del contratista y formato de encuensta firmada por cada funcionario	Aquí se indica que socializa el formato de encuensta.mayo agosto noviembre
Obligaciones contractuales asociadas a los Ejes del Sistema Integrado de Gestión - Eje de Seguridad y Salud en el trabajo	**Documento soporte, o formato o anexo sugerido**	**Observación**
4. Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal y ropa de trabajo requerida para la realización de sus actividades. .	**F28.G7.ABS** Formato Entrega de EPPF29.G7.ABS Formato Matriz de EPP	El operador/contratista debe evidenciar la existencia de la Matriz de EPP de acuerdo con los cargos y entrega de elementos de Protección Personal y ropa de trabajo respectivamente. Para la elaboración de la matriz de EPP se requiere: • Identificar los peligros: Se deberán identificar los peligros que afectan al trabajador. • Definición característica del peligro: se deberá analizar y generar controles asociados a los EPP
Obligaciones contractuales asociadas a los Ejes del Sistema Integrado de Gestión - Eje de Gestión Ambiental	**Documento soporte, o formato o anexo sugerido**	**Observación**
1. Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad.	**F33.G7.ABS** Formato Cumplimiento de las Buenas Prácticas Ambientales	Describir la implementación y desarrollo de las buenas prácticas ambientales implementadas durante la ejecución del contrato, tales como: • Actividades de manejo, almacenamiento y disposición final de los residuos ordinarios y aprovechables generados durante la ejecución del contrato, anexando soportes de entrega de los residuos aprovechables gestionados (cantidad y registro fotográfico). • Actividades implementadas para el manejo de los residuos de elementos de protección personal – EPP´s, tales como: guantes y tapa bocas, entre otros. • Actividades implementadas para el ahorro y uso eficiente del agua, energía y papel. • Actividades implementadas para el cuidado de los árboles, zonas verdes y demás ecosistemas naturales. • Actividades sobre el manejo de los residuos de dotación en desuso. **Evidencia:** F33.G7.ABS Formato Cumplimiento de las Buenas Prácticas Ambientales con soportes o Informe donde se describan las buenas prácticas ambientales implementadas junto con registro fotográfico y demás soportes que se tengan en el marco de la actividad desarrollada.

Agradezco la atención prestada



LA MAMONA S.A.S BIC
NIT: 900285582-2
DIRECCIÓN: CALLE 11 No 18-44
CIUDAD: YOPAL – CASANARE
TELÉFONO: 6086333899 - 3142896644
CORREO ELECTRÓNICO: asaderolamamona@gmail.com