MEMORANDO

Radicado No: 202539400000064353

Para: LUZ DENY BRINEZ PEREZ
Grupo financiero

Asunto: CONSTITUCION CUENTA POR PAGAR CONTRATO 85001352025 PERIODO DICIEMBRE 2025 CONTRATO **85001352025** PERIODO **DICIEMBRE** 2025 - SERVICIOS DE RESTAURANTE LA MAMONA

Fecha: 27 de diciembre de 2025

Cordial Saludo,

Me permito enviar documentos soporte para trámite de constitución de cuenta por pagar correspondiente al mes de **DICIEMBRE** 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,

YAMILE VARGAS FONSECA.

NOHORA YAMILE VARGAS FONSECA
Supervisora Contrato No.85001352025

Proyectó: Fridt Yaneth Galindo Ramirez/Profesional apoyo presupuestal

Yo, **NOHORA YAMILE VARGAS FONSECA**

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	17 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			27 (día) diciembre (mes) 2025 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Cuentas por pagar	PAGO No:	10 DE 10
VALOR A PAGAR	11,556,864.00	EN LETRAS	ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	HASTA	17 (día) diciembre (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	301 DIRECCION DE GESTIÓN HUMANA	A-02-02-02-006-003-03	$ 9.022.580,00
					DESCUENTO POR NÓMINA	$ 2.534.284,00

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

NOTA: Para el mes de Diciembre se realizo descuento completo de los 30 días por omision de fecha de cierre de contrato. Para el mes de enero de 2026 se hara la devolucion de los dias correspondientes que son 13 dias y que corresponde a un valor de $ 1.813.023.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	11.556.864,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	11.556.864,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	11.556.864,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
NOORA YAMILE VARGAS FONSECA	SUPERVISORA CONTRATO	CASANARE	GRUPO ADMINISTRATIVO	YAMILE VARGAS FONSECA
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FRIDT YANETH GALINDO RAMIREZ	PROFESIONAL DE APOYO PRESUPUESTAL	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 Y DE TALENTO HUMANO		23/12/2025

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

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



Factura Electrónica de Venta LAM 7770
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: 18764099126684 de 25/09/2025
Vigente hasta 25/09/2026 - Prefijo: LAM de la factura 1719 a la 100000
Act. Econ. 5611 RT.ICA 3*1000

CUFE 9351c86d6733b5a18899491b4c01fd0074fe487d8428475add6c8a70cefa7f44eb26aa764b4ee10ffed144da04f3e896

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: 22/12/2025 00:15:03
Fecha Expedición: 22/12/2025 12:15:08
Forma de Pago: Crédito - 30 Días
Fecha Vcto.: 21/01/2026
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 DICIEMBRE	UNID	512.00	20,900.00	0.00	0.00	8.00	10,700,800.00

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

Subtotal	10,700,800.00
Descuentos	0.00
IVA	0.00
ICO	856,064.00
Total COP	**11,556,864.00**

Total Nro. Líneas: 1

Vlr. Total: ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO (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 :
9351c86d6733b5a18899491b4c01fd0074fe487d8428475add6c8a70cefa7f44eb26aa764b4ee10ffed144da04f3e896

Número de Factura: LAM-7770
Fecha de Emisión: 22/12/2025
Fecha de Vencimiento: 21/01/2026
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 DICIEMBRE	ZZ	512,00	$ 20.900,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	0.00	$ 856.064,00	8.00	$ 10.700.800,00

Notas Finales

Observaciones: #$46-02-00-085;85001352025;nohora.vargas@icbf.gov.co#$
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:
22/12/2025 12:15:07
Documento validado por la DIAN:
22/12/2025 12:15:07
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		10.700.800,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		10.700.800,00
IVA		0,00
INC		856.064,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		856.064,00
Total neto factura (=)		11.556.864,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 11.556.864,00

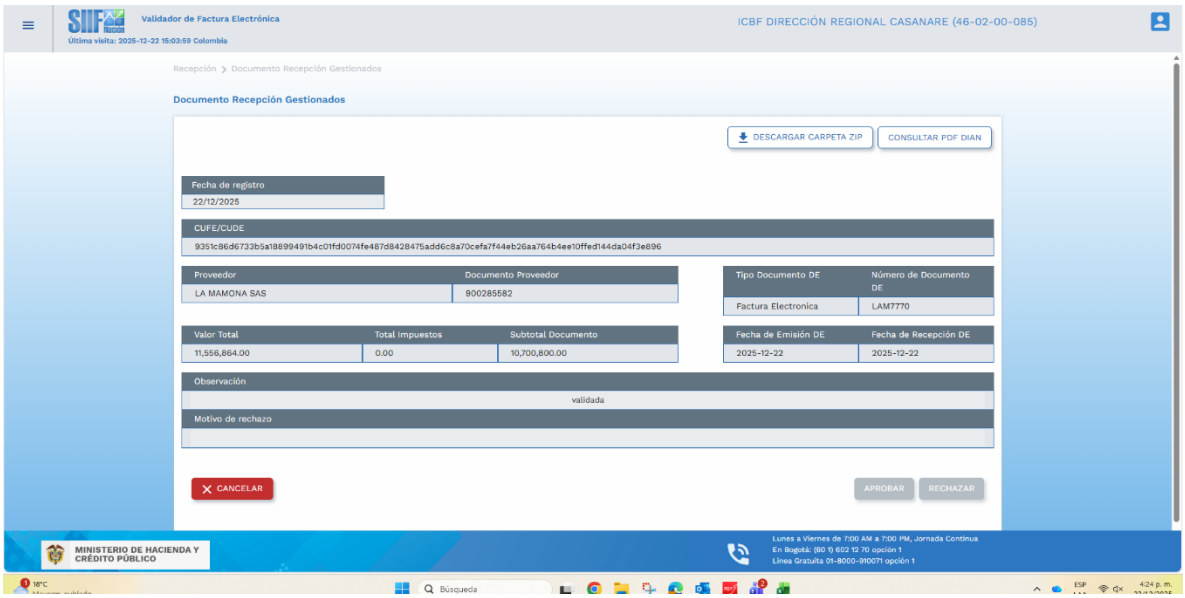
Valores informativos

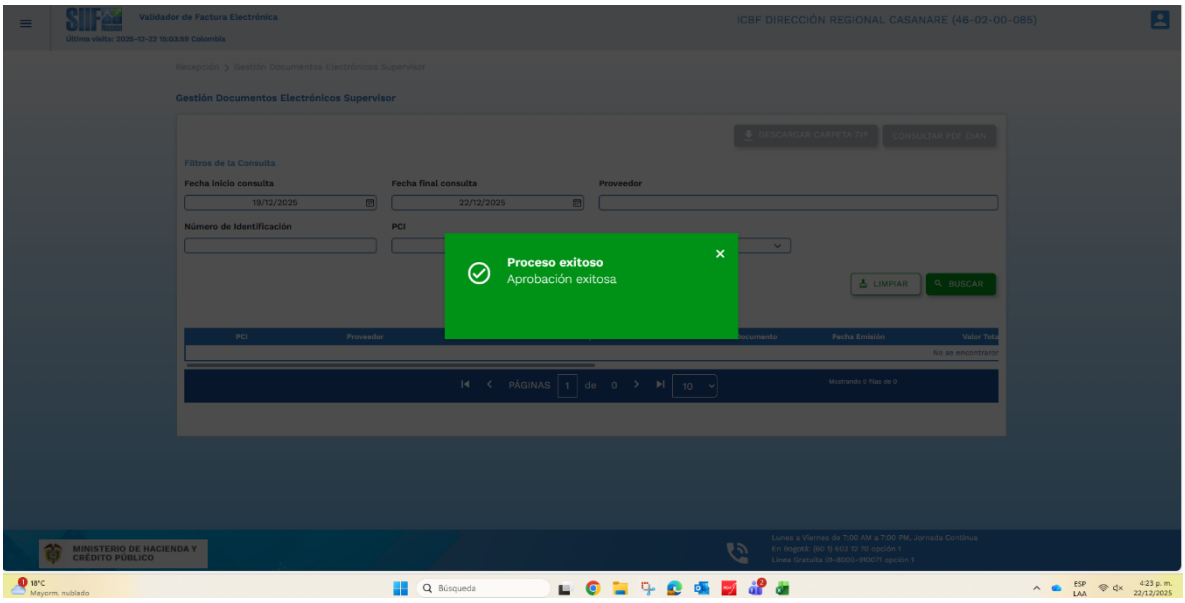
ANTICIPOS	
Anticipos	

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

Numero de Autorización: 18764099126684	Rango desde: 1719	Rango hasta: 100000	Vigencia: 2026-09-25

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 Diciembre 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 Veintidos (22) días del mes de Diciembre 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	CANTIDAD UPC
					13	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	22/12/2025	92561102	$6.164.900	

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	305.100	0		0		0	3	600	0	305.700	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	383.700	0		0		0	3	800	0	384.500	5
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	197.100	0		0		0	3	400	0	197.500	3
EPSC25	Capresoca EPS	891856000-7	57.000	0		0		0	3	200	0	57.200	1

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	3.217.800	0	0	0	0	3	6.100	0	3.223.900	11
25-14	Colpensiones	900336004-7	560.000	0	0	0	0	3	1.100	0	561.100	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	463.100				463.100	3	900	464.000			4.631	464.000	13

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	969.100	3	1.900	971.000	13

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	942.900	944.900
Pensión	2	3.777.800	3.785.000
Riesgos Laborales	1	463.100	464.000
CCF	1	969.100	971.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	6.152.900	6.164.900

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	
2025-12	2025-11	E	22/12/2025	92561102	$6.164.900	

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	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
4	CC	1118533552	GARCES CACHAY MILTON	1	0			S								X									230301	2.075.722	332.200	0	0	0	0	EPS037	2.075.722	83.100	14-23	2.075.722	3	50.600	CCF69	2.075.722	83.100	0	0	0	0	0
5	CC	1118538918	MENDOZA BURGOS RUBY CONSTANZA	1	0			S								X									230301	1.555.497	248.900	0	0	0	0	EPS037	1.555.497	62.300	14-23	1.555.497	3	37.900	CCF69	1.980.930	79.300	0	0	0	0	0
6	CC	1118538918	MENDOZA BURGOS RUBY CONSTANZA	1	0			S													X				230301	566.812	90.700	0	0	0	0	EPS037	566.812	22.700	14-23	566.812	3	0	CCF69	427.050	17.100	0	0	0	0	0
7	CC	1118542882	ROSAS WILLIAM	1	0			S								X									230301	1.177.623	188.500	0	0	0	0	EPS037	1.177.623	47.200	14-23	1.177.623	3	28.700	CCF69	1.699.828	68.000	0	0	0	0	0
8	CC	1118542882	ROSAS WILLIAM	1	0			S													X				230301	419.113	67.100	0	0	0	0	EPS037	419.113	16.800	14-23	419.113	3	0	CCF69	332.150	13.300	0	0	0	0	0
9	CC	1118542882	ROSAS WILLIAM	1	0			S										X							230301	379.600	60.800	0	0	0	0	EPS037	379.600	15.200	14-23	379.600	3	0	CCF69	284.700	0	0	0	0	0	0
10	PT	5335649	LACRUZ FLORES LIVIA DANIELA	1	0			S								X									230301	2.075.722	332.200	0	0	0	0	EPS041	2.075.722	83.100	14-23	2.075.722	3	50.600	CCF69	2.075.722	83.100	0	0	0	0	0
11	CC	1054120292	NIETO ARGUELLO JENNY CAROLINA	1	0			S								X									25-14	2.075.722	332.200	0	0	0	0	EPS005	2.075.722	83.100	14-23	2.075.722	1	10.900	CCF69	2.075.722	83.100	0	0	0	0	0
12	CC	1118550609	FONSECA SUAREZ JHONATHAN ANDRES	1	0			S								X									230301	1.650.397	264.100	0	0	0	0	EPS005	1.650.397	66.100	14-23	1.650.397	3	40.300	CCF69	2.079.218	83.200	0	0	0	0	0
13	CC	1118550609	FONSECA SUAREZ JHONATHAN ANDRES	1	0			S													X				230301	440.854	70.600	0	0	0	0	EPS005	440.854	17.700	14-23	440.854	3	0	CCF69	332.150	13.300	0	0	0	0	0
14	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
15	CC	1118574545	ACHAGUA PIRABAN ALVARO EDILBERTO	1	0			S								X									230301	2.028.272	324.600	0	0	0	0	EPS005	2.028.272	81.200	14-23	2.028.272	3	49.500	CCF69	2.028.272	81.200	0	0	0	0	0
16	CC	1118574545	ACHAGUA PIRABAN ALVARO EDILBERTO	1	0			S									X								230301	59.874	9.600	0	0	0	0	EPS005	59.874	0	14-23	59.874	3	0	CCF69	59.874	0	0	0	0	0	0
17	CC	30056606	MENDOZA DOLFINA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF69	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	47430229	VELA LEGUIZAMON BLANCA AYDE	1	0			S								X									230301	1.982.547	317.300	0	0	0	0	EPS037	1.982.547	79.400	14-23	1.982.547	3	48.300	CCF69	1.982.547	79.400	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 17 DE DICIEMBRE 2025

No.	Identificacion	Nombres y Apellidos	Dias	DESCUENTO CONCEPTO 310	CONCEPTO 910	OBSERVACIONES
1	7061339	GRIMALDO MALAVER BOHORQUEZ	17	$ 62.349		
2	7226221	CARLOS HUMBERTO OTALORA MACHUCA	17	$ 58.887		
3	23794419	MARIA ALEXANDRA ZORRO CORREDOR	17	$ 62.349		
4	23835773	LAURA DEL PILAR HERNANDEZ ESPINOSA	17	$ 58.887		
5	24081375	LYDA JANETH SOTELO GARCIA	17	$ 58.887		
6	40049740	ANA PATRICIA RAMOS PARADA	17	$ 58.887		
7	40325906	ALYZZADIELA BALLESTEROS RAMOS	17	$ 58.887		
8	40402202	SANDRA MILENA GONZALEZ CARDENAS	17	$ 62.349		
9	46374691	SANDRA PAOLA CORREDOR SALAMANCA	17	$ 62.349		
10	47437819	YENNY ROCIO VASQUEZ TOVAR	17	$ 58.887		
11	47439530	LUZ DENY BRIÑEZ PEREZ	17	$ 58.887		
12	47440242	SANDRA YOHANA DIAZ DIAZ	17	$ 58.887		
13	47441323	NOHORA YAMILE VARGAS FONSECA	17	$ 58.887		
14	47442180	YENNY ANDREA GALINDO TORRES	17	$ 58.887		
15	51904020	NATALIA FERNANDA RAMIREZ ZAMUDIO	17	$ 58.887		
16	52005874	HERLI LUCERO RIVERA GOMEZ	17	$ 62.349		
17	52017080	OLGA LUCIA PEREZ MARIÑO	17	$ 58.887		
18	52053602	SONIA OFELIA PARDO ORTEGON	17	$ 62.349		
19	52270107	NIDYA JAZMIN ANDRADE FORERO	17	$ 62.349		
20	60446656	JULIETH SUSANA FLOREZ VELASCO	17	$ 58.887		
21	63334161	ALEYDA GUTIERREZ GARCIA	17	$ 58.887		
22	63527970	MARGARETH ORTIZ RUBIO	17	$ 58.887		
23	63529407	NATALIE ROJAS ORTIZ	9	$ 33.008		Incapacidad
24	63543819	DIANA CAROLINA CEPEDA HERNANDEZ	17	$ 58.887		
25	63558639	SANDY NATHALIA ORTEGA PIMIENTO	17	$ 58.887		Vacaciones 18/12/2025 al 09/01/2026
26	70512206	ORLANDO DE JESUS MEDINA LOPEZ	2	$ 6.595		Incapacidad y Vacaciones 10/12/2025 al 31/12/2025
27	74245238	WILLIAM IRENARCO BENAVIDES MARTINEZ	17	$ 58.887		
28	74770270	TOMAS EDUARDO BECERRA ORTIZ	17	$ 62.349		
29	74810320	HECTOR ISAURO BACA MARTINEZ	14	$ 51.346		Vacaciones 15/12/2025 al 06/01/2026
30	74861575	JHON ALBEIRO MOSUCA RAMIREZ	17	$ 62.349		
31	1018427185	MAYERLID TATIANA BUSTOS ORIGUA	17	$ 58.887		
32	1018468474	JOHN ALEXANDER DELGADO DELGADO	17	$ 58.887		Vacaciones 22/12/2025 al 14/01/2026
33	1020736181	DANNY ALBEIRO DAZA SALDAÑA	17	$ 58.887		
34	1020772662	SERGIO ANDRES SOTO CRUZ	17	$ 62.349		
35	1049626881	YEIMI ALEJANDRA FLOREZ HERNANDEZ	17	$ 58.887		
36	1049636027	CLAUDIA YURLADI GRANADOS JIMENEZ	17	$ 58.887		
37	1052386031	SARA LILIANA FORERO SUAREZ	17	$ 58.887		Vacaciones 26/12/2025 al 19/01/2026
38	1053770797	MARIA CRISTINA UMAÑA MONJE	17	$ 58.887		
39	1057608270	ANGIE NATALY OROZCO SIABATTO	17	$ 58.887		Vacaciones 22/12/2025 al 14/01/2026
40	1090396722	YADIRA PINO PINO	17	$ 58.887		
41	1116546557	CAMILO ERNESTO HERNANDEZ GALVIS	17	$ 58.887		
42	1116690508	ERIKA LILIBETH DIAZ PARRA	17	$ 58.887		
43	1118540393	DIEGO ALBEIRO AGUILAR ACEVEDO	17	$ 56.061		Vacaciones 26/12/2025 al 19/01/2026
44	1118566392	MARITZA CACHAY LOPEZ	17	$ 56.061		
		TOTAL		**$ 2.534.284**	**$ 0**	

TOTAL DE DESCUENTO	**$ 2.534.284**

NOTA: Para el mes de Diciembre se realizo descuento completo de los 30 dias por omision de fecha de cierre de contrato. Para el mes de enero de 2026 se hara la devolucion de los dias correspondientes que son 13 dias y que corresponde a un valor de $ 1.813.023

YULIETH PAOLA CALDERON MEDINA
Coordinadora Administrativa y de Talento Humano

Proyecto: Yudi Fernanda Cuevas Cachay / Contratista -Referente de Nomina
Grupo Administrativo y de Talento Humano

Yopal, 22 de Diciembre 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

Ref. Radicar Factura Electrónica N° LAM**7770**

Cordial saludo

Por medio del presente oficio me permito Radicar:

BIENESTAR FAMILIAR

No. 20253940000109962
Código web: pqi5RI9F2ZpM6VmDplaYHDArPGw=
Radicador: MARTHA ISABEL GOMEZ Fecha: 2025-12-22 Folios: 33
Remitente: CEPEDA 15:29
Clasificada Destino: ALEJANDRO ALBERTO VARGAS VILLAMIL
Asunto: Grupo Administrativo (Casanare)
RADICAR FACTURA ELECTRONICA N LAM777, SERVICIO DE RESTAURANTE SERVIDORES PUBLICOS DE DE LA REGIONAL



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.
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