Outlook

AUTORIZACION DE DESEMBOLSO NOVIEMBRE

Desde Alba Yaneth Bonilla Garcia <ALBA.BONILLA@icbf.gov.co>
Fecha Sáb 15/11/2025 8:38
Para Monica Ordonez Vasquez <Monica.OrdonezV@icbf.gov.co>; Claudia Milena Martinez Ramirez <Claudia.MartinezR@icbf.gov.co>; Alba Ines Artunduaga Torres <Alba.Artunduaga@icbf.gov.co>; Keli Viviana Munoz Mayor <Keli.Munoz@icbf.gov.co>; Jennifer Rodriguez Pena <Jennifer.Rodriguez@icbf.gov.co>
CC Gilberto Beltran Molano <Gilberto.Beltran@icbf.gov.co>

Cordial saludo

Yo, ***ALBA YANETH BONILLA GARCIA,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***DOCEAVO correspondiente*** al *mes de* ***NOVIEMBRE 2025*** *del* contrato ***76016002024****, suscrito con* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA CUENCA DEL RIO YURUMANGUI,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***NOVIEMBRE 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***ALBA YANETH BONILLA GARCIA,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***DOCEAVO*** correspondiente al *mes de* ***NOVIEMBRE 2025*** *del* contrato ***76015652024****, suscrito con el* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE JUANCHACO,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***NOVIEMBRE 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***ALBA YANETH BONILLA GARCIA,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***DOCEAVO*** correspondiente al *mes de* ***NOVIEMBRE 2025*** *del* contrato ***76016332024****, suscrito con la* ***FUNDACIÓN RENACER SOCIAL DEL PACIFICO COLOMBIANO,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***NOVIEMBRE 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***ALBA YANETH BONILLA GARCIA,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro* ***DOCEAVO*** correspondiente al *mes de* ***NOVIEMBRE 2025*** *del* contrato ***76016212024****, suscrito con el* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE TAPARAL HUMANE,*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de* ***NOVIEMBRE 2025.*** *Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

*Yo, **ALBA YANETH BONILLA GARCIA,** en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro **DOCEAVO** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE 2025** del contrato **76015952024**, suscrito con el **CONSEJO COMUNITARIO MAYOR DEL RIO ANCHICAYA**, para lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados en el mes de **NOVIEMBRE 2025.** Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Yo, ***ALBA YANETH BONILLA GARCIA,*** *en mi calidad de supervisora de contrato, autorizo continuar con el trámite de pago del giro **DECIMO correspondiente** a **16 OCTUBRE HASTA EL 10 DE DICIEMBRE 2025** del* contrato ***76004562025,*** *suscrito con **ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WOUNAN NONAN DEL VALLE "KOWONDEV",*** para *lo cual certifico que se ha cumplido a satisfacción con las obligaciones estipuladas en el contrato, por tal motivo autorizo el pago de los servicios prestados desde el 16 OCTUBRE HASTA EL 10 DE DICIEMBRE 2025. Para lo cual adjunto formato F5. P17.GF "Certificación Pago diferentes a Honorarios y Viáticos", cuenta de cobro y certificación de paz y salvo de pago de parafiscales".*

Cordialmente,

BIENESTAR FAMILIAR

ALBA YANETH BONILLA GARCIA
Profesional Universitario
Centro Zonal Buenaventura
ICBF Sede Regional Valle
AV Simón Bolívar Kilometro 9 Buenaventura
Teléfono: 4882525 Ext. 274004
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the

recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

Yo **ALBA YAHNETH BONILLA GARCIA**

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	**CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL CONSEJO MAYOR DEL RIO ANCHICAYA**						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**835.000.815-5**				
TIPO DE DOCUMENTO	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**76015952024**	FECHA SUSCRIPCIÓN	31 (día)	diciembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) junio (mes) 2026 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**RESPONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			14 (día) noviembre (mes) 2025 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	**Vigencia**	PAGO No:	**12** DE **19**
VALOR A PAGAR	**$ 24.374.514,00**	EN LETRAS	**VEINTICUATRO MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**

PERÍODO DE PAGO — DESDE **1** (día) **noviembre** (mes) **2025** (año) HASTA **30** (día) **noviembre** (mes) **2025** (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
APOYO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL NACIONAL	**8525**	**10**	**C-4602-1500-9-704020-4602020-02**	**162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA**	**02-02-02-009-002-01 SERVICIOS DE EDUCACION DE LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR**	**$ 24.374.514,00**

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 DAVIVIENDA S.A.**	NÚMERO DE CUENTA	**216070364973**	TIPO DE CUENTA	**AHORROS**

3. OBSERVACIONES

El criterio de Clasificación del gasto corresponde a Gasto Público.

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$	0.
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	24.374.514,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	0.
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	24.374.514,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	24.374.514,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ALBA YAHNETH BONILLA GARCIA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	VALLE DEL CAUCA	CZ. BUENAVENTURA	
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
GILBERTO BELTRAN MOLANO	CONTRATISTA	VALLE DEL CAUCA	BUENAVENTURA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
Alba Ines Artunduaga Torres	**CICLOS DE VIDA Y NUTRICION**		**14/11/2025**

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

CCMA



CONSEJO COMUNITARIO
MAYOR DE ANCHICAYA

CONSEJO COMUNITARIO MAYOR DEL RIO ANCHICAYA
Palenque Regional el Congal
Resolución No. 023 de enero/ 15 /99
NIT 835000815-5

CUENTA DE COBRO No 12

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR
FAMILIAR
NIT:899999239-2

DEBE A:

CONSEJO COMUNITARIO MAYOR DEL RIO ANCHICAYA
Nit: 835000815-5

LA SUMA DE: Veinticuatro millones trescientos setenta y cuatro mil quinientos catorce pesos **($24.374.514).**

POR CONCEPTO DE: Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral a la primera infancia de conformidad con los manuales técnicos, guías operativas para la atención a la primera infancia y los lineamientos establecidos por el ICBF, en armonía con la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de “cero a siempre” durante el mes de noviembre de 2025. Contrato 76015952024 de 2024.

Dado en Buenaventura a los siete (07) días del mes de noviembre de 2025.

Atentamente,

BERNARDO CAMACHO VENTE
Representante Legal

Calle 5, No. 57ª piso 02 apto 201 Barrio cascajal
Fax: 092 24:13578-24: 12966
comanchicaya2008@gmail.com www.renacientes.org
Buenaventura Territorio Región del Pacifico

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y APORTES PARAFISCALES

Yo, **BERNARDO CAMACHO VENTE**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 16.468.330 de la Ciudad de Buenaventura, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad **Contratista Consejo Comunitario Mayor del Rio Anchicayá con Nit No 835000815-5**, CERTIFICO que la entidad ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social en (salud, pensiones, riesgos profesionales) y aportes parafiscales (Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA), exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dicho aporte.

Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 50 Ley 789 de 2002 y art 23 de la ley 1150 de 2007.

Para constancia se firma en la ciudad de Buenaventura a los siete (07) días del mes de noviembre de 2025.

Atentamente,

_____
BERNARDO CAMACHO VENTE
C.C. 16.468.330 B/TURA
Representante Legal

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 835000815	5	CONCEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD DEL CONSEJO DE ANCHICAYA	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CLL 5 No. 57A 12 BRR CASCAJAL	BUENAVENTURA-VALLE	3166285121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1891882700	9494231358	E	2025/11/07	2025/10/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,294,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	38466120	GAMBOA ISABELINA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
2	CC	1028161581	HERNANDEZ ANABELLI																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
3	CC	1028185121	HERNANDEZ LUZ																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
4	CC	38473778	RENTERIA NILSA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
5	CC	1192754456	RENTERIA TATIANA																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
6	CC	66938379	VALENZUELA CARMEN																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS018	30	$1,423,500	$178,000	CCF57	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$14,900	30	$1,423,500	$71,300	No	$549,000
Total	**Afiliados(6)**																						$8,541,000	$1,366,800			$8,541,000	$1,068,000			$8,541,000	$342,000			$8,541,000	$89,400		$8,541,000	$427,800		$3,294,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

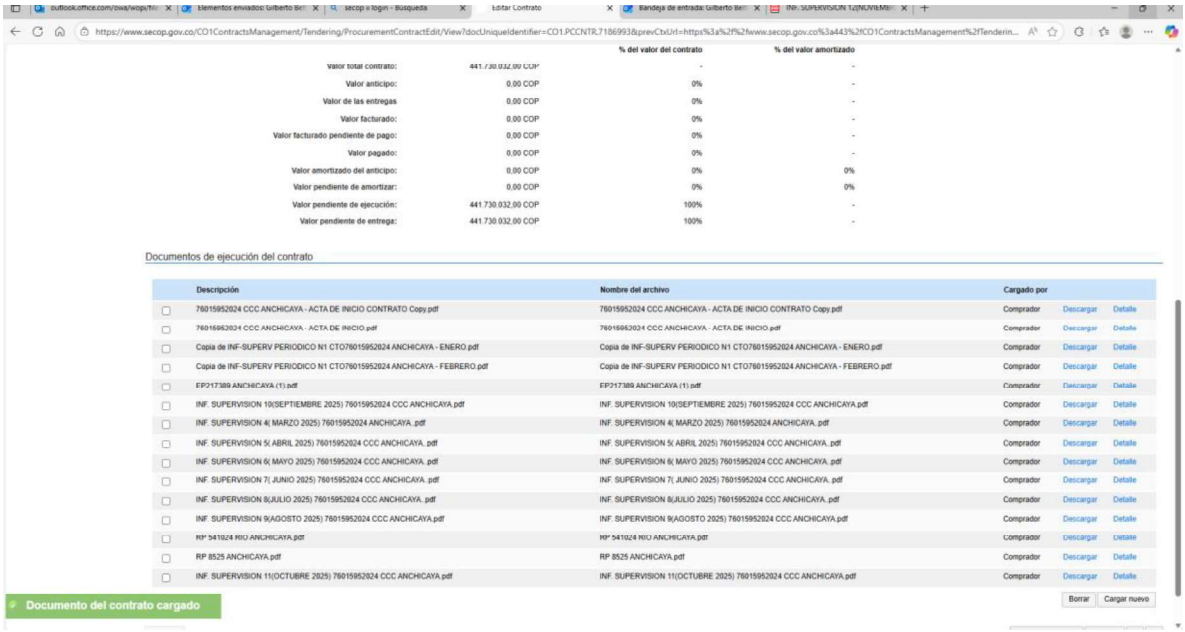
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 835000815	5	CONCEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD DEL CONSEJO DE ANCHICAYA	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CLL 5 No. 57A 12 BRR CASCAJAL	BUENAVENTURA-VALLE	3166285121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-11	1891882700	9494231358	E	2025/11/07	2025/10/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,294,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$1,366,800	$0	$0	$1,366,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,366,800	$0	$0	$1,366,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$89,400	$0	$0	$89,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$89,400	$0	$0	$89,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$342,000	$0	$0	$342,000
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	6	$342,000	$0	$0	$342,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$1,068,000	$0	$0	$1,068,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	6	$1,068,000	$0	$0	$1,068,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$256,800	$0	$0	$256,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	6	$256,800	$0	$0	$256,800
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$171,000	$0	$0	$171,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	6	$171,000	$0	$0	$171,000
TOTAL				**6**	**$3,294,000**	**$0**	**$0**	**$3,294,000**



		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	441.730.032,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	441.730.032,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	441.730.032,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	76015952024 CCC ANCHICAYA - ACTA DE INICIO CONTRATO Copy.pdf	76015952024 CCC ANCHICAYA - ACTA DE INICIO CONTRATO Copy.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	76015952024 CCC ANCHICAYA - ACTA DE INICIO.pdf	76015952024 CCC ANCHICAYA - ACTA DE INICIO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Copia de INF-SUPERV PERIODICO N1 CTO76015952024 ANCHICAYA - ENERO.pdf	Copia de INF-SUPERV PERIODICO N1 CTO76015952024 ANCHICAYA - ENERO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Copia de INF-SUPERV PERIODICO N1 CTO76015952024 ANCHICAYA - FEBRERO.pdf	Copia de INF-SUPERV PERIODICO N1 CTO76015952024 ANCHICAYA - FEBRERO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	FP217389 ANCHICAYA (1).pdf	FP217389 ANCHICAYA (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 10(SEPTIEMBRE 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA.pdf	INF. SUPERVISION 10(SEPTIEMBRE 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 4(MARZO 2025) 76015952024 ANCHICAYA. pdf	INF. SUPERVISION 4(MARZO 2025) 76015952024 ANCHICAYA. pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 5(ABRIL 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	INF. SUPERVISION 5(ABRIL 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 6(MAYO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	INF. SUPERVISION 6(MAYO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 7(JUNIO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	INF. SUPERVISION 7(JUNIO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 8(JULIO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	INF. SUPERVISION 8(JULIO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA. pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 9(AGOSTO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA.pdf	INF. SUPERVISION 9(AGOSTO 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 541024 RIO ANCHICAYA.pdf	RP 541024 RIO ANCHICAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 8525 ANCHICAYA.pdf	RP 8525 ANCHICAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INF. SUPERVISION 11(OCTUBRE 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA.pdf	INF. SUPERVISION 11(OCTUBRE 2025) 76015952024 CCC ANCHICAYA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Documento del contrato cargado

Borrar | Cargar nuevo