CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO PROVEEDORES

Villavicencio, 25 de junio de 2026

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 la asociación ha cumplido con los pagos correspondientes a proveedores en el marco del contrato 50006522024

Atentamente,

Maria Cristina Perez

MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. No. 23.800.423
Representante legal