



Departamento del Tolima
Alcaldía Municipal de Alvarado
Nit: 890.700.961-6



**FORMATO 5 - CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES
PARAFISCALES**

Ciudad y fecha:

Señores:

MUNICIPIO DE ALVARADO
Alvarado

REF. SAMC-001-2024

OBJETO: _____

Respetados señores:

El suscrito, certifica que _____ (NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE), se encuentra a paz y salvo con el Estado por concepto de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje dentro de los seis (06) meses anteriores a la fecha de suscripción de la presente certificación, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos; dando así cumplimiento con las normas legales estipuladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Art. 1º de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.

Fecha, _____

Atentamente, _____

(Nombre de la persona natural, representante legal o revisor fiscal (en caso de requerirse)
de la persona jurídica)



 **Parque principal - Carrera 3 calle 4 esquina**
 **teléfono: 3164426952**
Código postal 730520 Alvarado Tolima Colombia
 **www.alvarado-tolima.gov.co**
 **email: alcaldia@alvarado-tolima.gov.co**