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)