CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA PARTE ALTA ALTA Y MEDIA DE LA CUENCA DEL RIO DAGUA
Nit: 835.001.125-6

CC-AMDA

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

BUENAVENTURA, 01 de Septiembre del 2020

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL VALLE DEL CAUCA

Yo, MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRÍGUEZ *., identificado con la cedula de ciudadanía No.* 6.166.712 *de la cuidad de B/tura, en mi calidad de Representante Legal de la entidad contratista del* ***CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DE LA CUENCA DEL RIO DAGUA (ZONA MEDIA Y ALTA***) ***A*** *identificada con el NIT No.* 835001125-6 *manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad ha cumplido, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.*

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondiente al mes de ***Agosto****, dando cumplimiento al Artículo 50 Ley 789 de 2002 y Art. 23 de la ley 1150 del 2007..*

Atentamente,

MER

MANUEL EDUARDO RIASCOS RODRÍGUEZ
C.C. No. 6.166.712 ***de B/turá.-***
Representante Legal