CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIEZGOS PROFESIONALES Y APORTE PARAFISCALES

Buenaventura, 23 de octubre 2024.

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Valle del Cauca

Yo, **ALDEMAR CHAMAPURO MALAGA**, identificado con cedula de ciudadanía **No.1.028.180.261** lugar de expedición **Buenaventura** en mi condición de Representante legal de la entidad contratista **CABILDO INDIGENA DEL RESGUARDO CHACHAJO DEL PUEBLO WOUNAAN,** identificado con **NIT. 835.000.544 - 4, CERTIFICO:** que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la entidad ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y 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 dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Para constancia, se firma en la ciudad de Buenaventura, a los (23) días del mes de octubre 2024.

Atentamente,



ALDEMAR CHAMAPURO MALAGA
CC. No. No.1.028.180.261 B/tura
Representante Legal