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

Villavicencio, 19 de diciembre de 2024

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 durante el contrato 50006202024 con los pagos de al Sistema De Seguridad Social En Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales Y Parafiscales, correspondientes a sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

Dando cumplimiento al Articulo 50 Ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Atentamente,

Maria Cristina Perez Cruz
MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ
C.C. No. 23.800.423
Representante legal