

**FORMATO CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA NATURAL**

ALEJANDRO HOLGUÍN QUINTERO identificado (a) con C.C. 86.061.833 en mi condición de Representante Legal del CONSORCIO ADECUACIONES LOCATIVAS identificado con NIT 901888265-4. DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados a los sistemas de salud, pensión, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiese lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario. Certifico que me encuentro a Paz y Salvo por concepto del pago de mis obligaciones derivadas de mi afiliación con el Sistema de Seguridad Social Integral, así como del personal a mi cargo que lo requiera.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los 20 días del mes de marzo de 2025, en la ciudad de Pasto.



Nombre: ALEJANDRO HOLGUÍN QUINTERO

Cargo: REPRESENTANTE LEBAL CONSORCIO ADECUACIONES LOCATIVAS

Documento de identidad: 86.061.833 de Villavicencio Meta