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

Bogotá , abril 22 de 2025

**SEÑORES:**
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**CENTRO ZONAL BOSA**

Yo, **ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE**, identificado con cedula de ciudadanía N0. 52.339.600 de la ciudad de Bogota, en mi calidad de Representante Legal, y JESUS ALBERTO BARBA CADENA**,** identificado con cedula de ciudadanía N0. 1.099.549.481 de Cimitarra, en mi condición de Revisor Fiscal de la Asociacion Profesionales de Colombia identificada con Nit 830.107.985-1 manifestamos 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, pesiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondencias 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 correspondientes al mes de marzo del año 2025 dando cumplimiento al Articulo 50 ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

**ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE**
**Representante Legal**
**C.C. 52.339.600**

JESUS ALBERTO BARBA CADENA
**Revisor Fiscal**
**C.C. 1.099.549.4**81
**T.P. 2**85843**-T**