CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (CGSS)

MUNICIPIO DE FONSECA LA GUAJIRA
NIT: 892170008-3

Fonseca 29 de abril de 2026

Yo, **ANA YAJAIRA BULA VASQUEZ**, identificada con la cedula de ciudadania No. 56.075.589 en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO II CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO,** del Municipio de Fonseca La Guajira me permito:

CERTIFICAR

Que la entidad MUNICIPIO DE FONSECA, identificada con el **NIT: 892170008-3.** Ha dado cumplimiento a sus obligaciones frente al sistema de seguridad social Integral y al pago de Aportes Parafiscales de conformidad con la normatividad vigente, durante el periodo correspondiente a noviembre 2025 hasta abril de 2026

Se verificó el pago de los siguientes aportes:

- **Salud**
- **Pensión**
- **Riesgos Laborales (ARL)**
- **Caja de Compensación Familiar**
- **ICBF (si aplica)**
- **SENA (si aplica)**

La verificación se realizó con base en los soportes aportados por la plataforma dela **Planilla Integrada de Liquidación de Aportes en Línea (PILA).**

La presente certificación se expide para efectos de **trámite de pago, verificación de cumplimiento contractual y/o fines administrativos**.

Atentamente,

ANA YAJAIRA BULA VASQUEZ
Prof. Univ II con funciones de jefe de Talento Humano

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (CGSS)

MUNICIPIO DE FONSECA LA GUAJIRA
NIT: 892170008-3

Fonseca 29 de abril de 2026

Yo, **RUBEN CARMELO MENDOZA MOVIL**, identificado con la cedula de ciudadania No. 1.120.742.906 en calidad de **ALCALDE (DESIGNADO)** del Municipio de Fonseca La Guajira me permito:

CERTIFICAR

Que la entidad MUNICIPIO DE FONSECA, identificada con el **NIT: 892170008-3.** Ha dado cumplimiento a sus obligaciones frente al sistema de seguridad social Integral y al pago de Aportes Parafiscales de conformidad con la normatividad vigente, durante el periodo correspondiente a noviembre 2025 hasta abril de 2026

Se verificó el pago de los siguientes aportes:

- **Salud**
- **Pensión**
- **Riesgos Laborales (ARL)**
- **Caja de Compensación Familiar**
- **ICBF (si aplica)**
- **SENA (si aplica)**

La verificación se realizó con base en los soportes aportados por la plataforma dela **Planilla Integrada de Liquidación de Aportes en Línea (PILA).**

La presente certificación se expide para efectos de **trámite de pago, verificación de cumplimiento contractual y/o fines administrativos.**

Atentamente,

RUBEN CARMELO MENDOZA MOVIL
Alcalde Municipal designado

Powered by CamScanner