FORMATO No. 3

CERTIFICADO DE PAGO PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL PERSONA NATURAL

Ciudad y fecha

Señores
SECRETARÍA DE VIVIENDA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Ciudad

REFERENCIA: CERTIFICACIÓN SOBRE PAGO DE APORTES PARAFISCALES, SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS PROFESIONALES

Respetados señores,

En concordancia con lo exigido en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, atentamente me permito certificar que _____ está cumpliendo con el pago de los aportes mensuales de nuestros empleados por concepto de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje desde hace más de seis (6) meses. El presente certificado se expide el _____ de _____ de 2026.

Atentamente,

NOMBRE Y FIRMA,
cédula de la persona natural, según el caso.
y/o cédula y tarjeta del Revisor Fiscal