

ANEXO No 2

**FORMATO PARA CERTIFICADO DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
PERSONAS JURIDICAS**

Montería, XXXXXXXXXXXX de 2025

Señores:

COMFACOR

Caja de Compensación Familiar de Córdoba

Ciudad

REFERENCIA: Prestación de servicios de vigilancia, seguridad privada, monitoreo, alarmas y cámaras de seguridad para la protección de los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la Caja de Compensación Familiar de Córdoba – COMFACOR y de aquellos por los que sea legalmente responsable o en su tenencia.

[Incluir el nombre del representante legal de la persona jurídica o del revisor fiscal] identificado con **[Incluir el número de identificación]** en mi condición de Representante Legal o revisor fiscal de **[Incluir la Razón social de la persona jurídica]** identificada con NIT **[Incluir el NIT]**, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, certifico que he efectuado la afiliación y pago, encontrándome al día por concepto de mis aportes y el de mis empleados (En caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002

En constancia, se firma en (ciudad) a los () _____ días del mes de _____ del año

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA (REPRESENTANTE LEGAL Y/O REVISOR FISCAL)

TARJETA PROFESIONAL (Para el Revisor Fiscal) _____

[NOTA: Tener en cuenta que sólo puede certificar los aportes en los que se encuentren al día]