

FORMATO N° 2  
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y  
PARAFISCALES

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Señores  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
Medellín

Certifico que la empresa -----  
con NIT. \_\_\_\_\_ Se encuentra a paz y salvo con  
las obligaciones del pago de los aportes de nuestros empleados, a los sistemas  
de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de  
Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio  
Nacional de Aprendizaje, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la  
Ley 789 de 2002, hasta la fecha.

Igualmente certifico que \_\_\_\_\_ ha cumplido, durante los  
seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición del presente certificado, con  
el pago de tales aportes. <sup>1</sup>

Nombre: .....  
C.C. No.: ..... de.....  
Firma: <sup>2</sup>.....  
Revisor Fiscal. ....  
Tarjeta Profesional.....

Firma;

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nota: en caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas, deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo.

<sup>2</sup> Si la persona jurídica tiene revisor fiscal debe ser expedido por éste. Si no tiene revisor fiscal entonces lo expide el representante legal