Ciudad, fecha

**CERTIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

Yo **(nombre y apellidos del contratista/razón social)** identificado con **(identificación del contratista)**

**Certifico que:**

El ingreso base de cotización a seguridad social, está de acuerdo a lo establecido por la norma vigente (Art 246 PND 2018-2022).

Firma del contratista

Nombre del Contratista

Identificación del Contratista de ciudad

Celular xxxxxxxxxxxxxxxxx