RICOH Distribuidor Autorizado FOTOCOPIADORAS DEL VALLE

AV. 5AN # 23DN - 23
Tel. (2) 524 2416
CEL: 310 392 9037
Cali – Valle
copivalle@hotmail.com
Www.copivalle.com

FORMATO No. 7
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
<<NOTA: CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL DEBERÁ DILIGENCIAR ESTE FORMATO>>

II. PERSONAS NATURALES:
<<NOTA. EL PROPONENTE PERSONA NATURAL O CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL EN CASO DE SER PERSONA NATURAL DEBERÁ DILIGENCIAR ESTE FORMATO>>

Yo HENRRY ARLES RAMOS YELA identificado (a) con c.c 94 061 789 de LOS ANDES NARIÑO de acuerdo con lo señalado en el articulo de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su articulo 442, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados (si aplica) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) (cuando hay lugar a ellos), durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de mi propuesta para el presente proceso de selección.

Dada en CALI *a los* 03 TRES *del mes de* SEPTIEMBRE *de* 2021

Firma y nombre

HENRRY ARLES RAMOS YELA
REPRESENTANTE LEGAL

94 061 789