ANEXO 4

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

FECHA EN LA QUE SE PRESENTA LA PROPUESTA

Señores:

_____

Proceso de Selección: (Indicar código del proceso de selección)

OBJETO: (Indicar objeto del proceso de selección)

El suscrito Revisor Fiscal (solamente cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley) o el representante legal, hace saber que (NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE, con NIT o identificación), ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje en los últimos seis (6) meses anteriores al cierre del presente proceso de selección.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

(NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA)
(IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA)
(TARJETA PROFESIONAL EN CASO DE SER REVISOR FISCAL)
(NOMBRE DEL OFERENTE)
(NIT DEL OFERENTE)