FORMATO No. 2

MODELO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo_____, identificado con _____ No. _____, en mi calidad de _____, de la empresa_____ con NIT No._____, manifiesto que (RAZON SOCIAL DEL OFERENTE) ha cumplido, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con el pago de los aportes parafiscales de todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, a las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

_____
Firma
Nombre
Revisor fiscal
Tarjeta Profesional
Notas

Nota: Se permite la acreditación de este requisito, mediante otro formato que considere pertinente el oferente, sin embargo, el mismo debe contener la información requerida en este anexo.