

FORMULARIO No. 2

**CERTIFICADO DE PAGO APORTES AL SISTEMA INTEGRAL
DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
PERSONAS JURIDICAS (OPCIONAL)**

Tocancipá, _____ del 2022

Doctor
JORGE ANDRÉS PORRAS VARGAS
ALCALDE MUNICIPAL
Calle 11 No.6 -12
Ciudad

REF: SA 013 MT 2022
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HIDROTERAPIA Y TERAPIA ASISTIDA ECUESTRE (HIPOTERAPIA Y EQUINOTERAPIA), DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD E INFANCIA CON DIFICULTADES EN SU DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL MUNICIPIO DE TOCANCIPÁ.

El suscrito revisor fiscal (cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley) o el representante legal, hace saber que la (NOMBRE COMPLETO DE LA ENTIDAD), 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.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento a los artículos 50 de la Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Se anexa copia de las planillas de los pagos efectuados durante los **últimos seis (6) meses**, a seguridad social, ARL, pensiones, cajas de compensación familiar, SENA, ICBF, de sus empleados, en el caso de consorcios o uniones temporales cada uno de los consorciados o miembros de la unión temporal deben anexar esta documentación y certificación.

Atentamente,

REVISOR FISCAL _____
NOMBRE DEL PROPONENTE: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD _____
TELÉFONO: _____ FAX: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

NOTA: Si la oferente persona jurídica cuenta con REVISOR FISCAL, la certificación la debe suscribir el revisor y deben adjuntar fotocopia de la cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificación de antecedentes vigente.