ANEXO NO. 6

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART.50 LEY 789/02)
(PARA PERSONAS JURÍDICAS)

Nombre o razón social del proponente_____

CERTIFICACIÓN

Certifico que_____con C.C, o NIT No._____

Ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante_( ) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta invitacón.

Expedida a los_____días del mes de_____de_____

Nombre: _____

Firma: _____

(Representante Legal o revisor fiscal (cuando esté obligado a tener revisor fiscal)