FORMATO No. 6

MODELO DE CERTIFICACIÓN DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL PARAFISCALES.

Lugar y fecha

Señores
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SOLEDAD ACOSTA DE SAMPER

Ref. SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. SAMC-IE-SA-001-2023

OBJETO: "CONTRATAR LAS OBRAS DE ADECUACIÓN Y REPARACIÓN EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SOLEDAD ACOSTA DE SAMPER SEDE EMILIANO ALCALÁ."

Persona jurídica:

Yo (nombres y apellidos del revisor fiscal), identificado con cédula de ciudadanía número expedida en (ciudad), portador de la T.P. No. Me permito certificar que la empresa (nombre de la firma), ha venido pagando los aportes a SALUD, PENSIÓN, ARL y PARAFISCALES que durante los últimos 6 meses y a la fecha me encuentra a paz y salvo por todo concepto.

En constancia se firma en (ciudad) a los _días, del mes de de dos Mil (20).

(Firma)

Contador o revisor fiscal

C.c. No.

T.p. No