CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE PARAFISCALES Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

(NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL), identificado (a) con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, representante legal de la sociedad (NOMBRE DE LA SOCIEDAD) proponente o integrante del Consorcio o Unión Temporal (NOMBRE DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), con Nit N° _____, o (NOMBRE DEL REVISOR FISCAL), en mi calidad de revisor fiscal con número de tarjeta profesional N°_____ de fecha _____, certifico que a la fecha de presentación de la presente propuesta dentro del PROCESO DE MINIMA CUANTIA, hemos realizado el pago de los aportes de nuestros empleados a los sistemas de Salud, Pensión, Riesgos Laborales (ARL), Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de mi propuesta.

Atentamente,

Nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal
Cédula de Ciudadanía
Número de Tarjeta Profesional. (Revisor fiscal)
Razón Social
Nit.