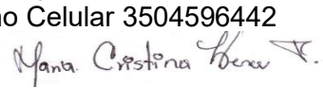
FORMATO
PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES PARA PERSONA NATURAL CON EMPLEADOS VINCULADOS POR CONTRATO DE TRABAJO

"Ley 1150 de 2007, artículo 23 inciso 2"

Yo MARIA CRISTINA HENAO P, identificado con cédula de ciudadanía No. _38561057, así mismo declaro que he 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 los aporte parafiscales correspondientes; por lo que encuentro a Paz y salvo con las Empresas Promotoras de Salud-EPS, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP, la Caja de Compensación Familiar, el Instituto de Bienestar Familiar –ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA, respecto de los empleados a mi servicio, vinculados por contrato de trabajo.

Nombre del oferente FUMIGACIONES ESPECIALIZADAS DE OCIDENTE SAS
Numero de Nit (consorcio, o unión Temporal o de la (s) firma(s) _900657510-1 (anexar copia)
REPRESENTANTE LEGAL MARIA CRISTINA HENAO P
Dirección de correo: CARRERA 4 A # 4ª 4235
Dirección electrónica: GERENCIAFEDO@GMAIL.COM
Telefax 6024443050
Ciudad: CALI
Teléfono fijo 6024443050
Teléfono Celular 3504596442
FIRMA 

NOMBRE DE QUIEN FIRMA—MARIA CRISTINA HENAO P.-

Firma Del Representante Legal o del Oferente

NOTA 1: La persona natural, además de hacer la manifestación anterior, deberá acreditar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral correspondientes a los últimos seis (6) meses anteriores al cierre del presente proceso de selección, mediante la presentación de las copias LEGIBLES de las planillas debidamente pagadas.

NOTA 2: En el evento de no hallarse obligado legalmente a realizar dichos aportes deberá acreditar el cumplimiento en el pago de los impuestos sobre la renta para la equidad CREE.

NOTA 3: En caso de que la oferta sea presentada por un consorcio o por una unión temporal; este documento debe ser diligenciado por todos sus integrantes.