

**ANEXO No. 3
CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
PARAFISCALES.**

Fecha, _____
Señores _____

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA Y BOLÍVAR –COMFAMILIAR Ciudad

El suscrito _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ y tarjeta Profesional _____, en mi calidad de Revisor Fiscal ó (Representante legal) del oferente _____, identificado con NIT _____ o No de cédula _____, participante en el proceso _____ (identificación y No del proceso)

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y la ley 828 de 2006, certifico bajo la gravedad del juramento: Que el oferente _____ ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, con lo pagos al Sistema General de Seguridad Social Integral (salud, pensiones y riesgos profesionales) y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a paz y salvo con la empresas Promotoras de Salud - EPS, Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías - AFP, Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje.

Nombre _____

No cédula _____

Revisor Fiscal _____

T.P. No _____

Certifico por Oferente _____