

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 invitación.

Expedida a los_____ días del mes de_____ de_____

Nombre: _____

Firma: _____

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