**ANEXO No 4**

**CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES**

**(ART. 50 LEY 789/02)**

Nombre o razón social del Oferente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entidad) 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, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta Invitación conforme al cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789/02 y la Ley 828/03.

Expedida a los \_\_\_\_\_\_\_\_días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Nombre:

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oferente o el Representante Legal o Revisor Fiscal (Según el caso).