

**ANEXO 3**

**MODELO CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

El suscrito Representante Legal \_\_\_\_\_ y/o Revisor Fiscal \_\_\_\_\_ (Si lo necesita de acuerdo con los requisitos legales) \_\_\_\_\_ de la sociedad \_\_\_\_\_, identificada con NIT No. \_\_\_\_\_, se permite(n) certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta.

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	MESES DE LA NOMINA A LA QUE PERTENECE EL PAGO (Ejemplo: Jul, Ago, Sep, Oct, Nov, Dic)					
<b>Sistema de Seguridad Social:</b>						
Salud (Especificar EPS)						
Riesgos Profesionales (Especificar ARP)						
Pensiones (Especificar Fondos de Pensiones)						
<b>Aportes Parafiscales:</b>						
Cajas de Compensación Familiar (Especificar Cajas)						
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF						
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA						

**(Marcar con una X la casilla correspondiente)**

En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el cumplimiento del pago de la obligación.

*(Las firmas o sociedades obligadas a tener revisoría fiscal de acuerdo con los requisitos legales, deberán presentar la certificación firmada por el revisor fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente.)*

Dado en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2015.

Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Calidad en que Actúa \_\_\_\_\_

Revisor Fiscal  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 TP No. \_\_\_\_\_