



PROFORMA No. 3 – CERTIFICACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

[_____](1)

Señores

Transcaribe S.A.

Carrera 5 No. 66-91

Cartagena D.T y C

Referencia: **CERTIFICACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES SELECCIÓN ABREVIADA SA – MC – 007 DE 2015**

1. PARA PERSONAS JURIDICAS

Yo _____ (2) identificado con cédula de ciudadanía número _____ (3), permito certificar en mi condición de (Revisor Fiscal o Representante Legal de la empresa, en caso de que no exista revisor fiscal) (4) que la sociedad _____ (5) identificada con NIT _____ (6), se encuentra a paz y salvo en el pago de sus aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensión y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante los seis meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

FIRMA

[_____] (7)

[Nombre del Representante Legal o Apoderado] (8)

C.C. [_____] (9)

REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, EN CASO DE QUE NO TENGA REVISOR FISCAL

Nota: Si el proponente es una estructura plural, cada sociedad que lo integra o cada persona natural deberá diligenciar y entregar el presente formato.



[_____](1)

Señores

Transcaribe S.A.

Carrera 5 No. 66-91

Cartagena D.T y C

Referencia: **CERTIFICACION APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES SELECCIÓN ABREVIADA SA – MC – 007 DE 2015**

2. PARA PERSONAS NATURALES

Yo _____(2) identificado con cédula de ciudadanía número _____(3), me permito certificar en mi condición de persona natural, (cuando proceda) que me encuentro a paz y salvo en el pago de los aportes a los sistemas de seguridad social que me sean exigibles por ley, durante los seis meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

FIRMA

[_____](7)

[Nombre del Representante Legal o Apoderado] (8)

C.C. [_____](9)



A. Instrucciones para el diligenciamiento

Para diligenciar la **PROFORMA de Experiencia habilitante del proponente** deberá incluirse la totalidad de la información que se solicita en cada uno de los llamados, espacios en blanco o cuadros incluidos en dicha PROFORMA, los cuales están identificados con un número.

- La información con que debe llenarse cada llamado, espacio en blanco o cuadro es la correspondiente a dicho número dentro de las instrucciones incluidas a continuación.

B. Información Requerida

1. Fecha de suscripción de la **PROFORMA Certificación Aportes a Seguridad Social**.
2. Nombre completo de la persona que está firmando la **PROFORMA de Certificación de Aportes a Seguridad Social**.
3. Número de la Cédula de ciudadanía de quien suscribe la **PROFORMA**.
4. Calidad en la que actúan la persona o las personas que están firmando la **PROFORMA Certificación de Aportes a Seguridad Social**.
5. Identificación clara del Proponente o integrante del proponente mediante Indicación de su razón social.
6. NIT de la persona que representa.
7. Firma de la persona natural o representante legal o apoderado que suscribe la **PROFORMA Certificación de Aportes a Seguridad Social**.
8. Nombre de la persona, el representante legal o apoderado que suscribe la **PROFORMA Certificación de Aportes a Seguridad Social**.
9. Identificación la persona natural o representante legal o apoderado que suscribe la **PROFORMA Certificación de Aportes a Seguridad Social**.