Bogotá D.C., \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN | SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Los suscritos, a saber:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cédula N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Actuando:

| ☐En nombre propio | ☐Como representante legal de:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |

y

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Cédula N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tarjeta profesional N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Actuando:

En calidad de contador público con inscripción vigente en la Junta Central de Contadores, vinculado al proyecto “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” (el “Proyecto”) y vinculado al Contrato N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Con la suscripción del presente documento, certificamos lo siguiente:

1. Que conocemos los requerimientos de la ley colombiana en materia de seguridad social integral (SSI), que incluye salud, pensión, administración de riesgos laborales, parafiscales o cualquier otro aplicable.

2. Que, a la fecha, el Proyecto y la persona natural o jurídica beneficiaria del FDC, cumple con todos los requerimientos legales en SSI, respecto de todas y cada una de las personas vinculadas al Proyecto.

3. Que hemos realizado una revisión detallada del cumplimiento de las disposiciones de SSI para cada una de las personas contratadas en relación con el Proyecto cuyos gastos se acreditan mediante informe N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (el “Informe”).

4. Que se han exigido las acreditaciones pertinentes a SSI para personas jurídicas contratadas dentro del proyecto y, en cada caso, se han efectuado las afiliaciones, descuentos y demás asuntos previstos en las materias mencionadas, respecto del personal contratado.

5. Que, en consonancia con lo anterior: ​

* Las personas relacionadas en el Informe fueron afiliadas a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) para los casos requeridos por la ley colombiana.

* Para cada caso, se verificó por los suscriptores de este documento, el cumplimiento de los aportes requeridos por ley al Sistema de Seguridad Social Integral.

1. Adicionalmente certificamos que los servicios acreditados en este informe se adquirieron mediante acuerdos o contratos válidamente celebrados.

De conformidad con lo anterior, responderemos ante las instancias competentes de acuerdo con la ley colombiana, por cualquier inexactitud de esta declaración.

​Entendemos y aceptamos que cualquier inexactitud en esta declaración constituye incumplimiento del contrato N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bajo todas las consecuencias pactadas, sin perjuicio de cualquier otra medida aplicable. De igual manera entendemos que Proimágenes podrá realizar aleatoriamente y en cualquier tiempo verificaciones sobre los aspectos declarados en este documento, incluso con posterioridad a la terminación del contrato que regula el estímulo del FDC para el proyecto.

Atentamente,

| El beneficiario,      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | El Contador,      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  T.P. |
| --- | --- |