

**REQUISITOS DE SEGURIDAD SOCIAL PARA CONTRATISTAS**

CÓDIGO	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	VERSIÓN	PÁGINA
FO-ST-17	25/02/14	06/03/18	1	1 de 1

Empresa Contratista: _____ **Nit:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Teléfonos: _____ **Persona contacto S.O.** _____
Proyecto: _____ **Sitio de ejecución:** _____
Ciudad y fecha: _____ **email:** _____

Certifico que las personas abajo relacionadas cumplen con los requisitos establecidos por Ley: Afiliación a EPS, ARP, AFP, parafiscales y que se han realizado los pagos respectivos, encontrándose la empresa a paz y salvo por este concepto. Adicionalmente, se les ha realizado el examen médico ocupacional de ingreso y/o periódico y se cuenta con el concepto de aptitud laboral.

No.	Apellidos y nombres	Identificación	Cargo	EPS	ARP	AFP	PF	Fecha examen ocupacional
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

EPS:Entidad Promotora de Salud - **ARP:**Administradora de Riesgos Profesionales - **AFP:**Administradora Fondos de Pensión - **PF:**Parafiscales

"Certifico bajo la gravedad del juramento que la información ha sido verificada, es cierta y veraz"

Nombre representante legal empresa contratista _____

Firma representante legal empresa contratista _____

Cedula de ciudadanía: _____