

CERTIFICACIÓN DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
PERSONAS JURÍDICAS

[Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal]

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra Propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

EL PROPONENTE

FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

NIT:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CIUDAD:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la Propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

CERTIFICACIÓN DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
PERSONAS JURÍDICAS

EL REVISOR FISCAL DEL PROPONENTE

FIRMA
NOMBRE DEL REVISOR FISCAL:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
T.P.No.
CIUDAD:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

Nota1: Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social y para los pagos de aportes Parafiscales, es decir, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1670 de 2007.

Nota2: En caso de que el proponente se encuentre excluido del pago de aportes al régimen de subsidio familiar, SENA e ICBF, deberán indicarlo así dentro del formulario, según corresponda.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.