

Anexo No 10. Modelo de certificado de pago aportes parafiscales y sistema general de seguridad social integral

Licitación privada abierta No. LPA 009 Ejecutor de 2025

Realizar la contratación de los ejecutores de formación (artística y deportiva) docente del proyecto “Dotación de elementos artísticos y deportivos para las sedes educativas del municipio de Puerto Gaitán”

Señores

PA OXI ODL DOTACIÓN EDUCATIVA

Fiduciaria Popular S.A.

PC Obras y Proyectos S.A.S.

pcobrasyproyectosas@gmail.com

De las siguientes opciones diligencie la manifestación expresa bajo la gravedad de juramento que le corresponda según el caso:

1. Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural ☐ Representante Legal ☐ Revisor Fiscal ☐ de (Razón social de la compañía) identificada con NIT _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la Propuesta para el presente proceso competitivo. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
2. Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural ☐ Representante Legal ☐ Revisor Fiscal ☐ de (Razón social de la compañía) identificada con NIT _____, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro obligado al pago de seguridad social y aportes parafiscales, por no tener personal a cargo.
3. Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural ☐ Representante Legal ☐ Revisor Fiscal ☐ de (Razón social de la compañía) identificada con NIT _____, certifico el pago de los aportes de pensión y riesgos laborales y de Caja de Compensación Familiar correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de la Propuesta para el presente proceso de selección y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro obligado a cancelar ICBF, SENA y Seguridad Social en Salud por pagar el CREE si aplica o el que corresponda y demás tributos que correspondan.

En las anteriores circunstancias, la certificación será expedida y firmada por el Revisor Fiscal cuando de acuerdo con la Ley esté obligado a tenerlo o cuando por estatutos así se dispuso, o por el Representante Legal cuando no esté obligado a tener Revisor Fiscal.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

Atentamente,

Revisor Fiscal y/o Representante Legal

Matricula Profesional:

(Si firma el Revisor Fiscal) CC.:

*Cuando se trate de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de sus miembros integrantes deberá certificar el cumplimiento de aportes a seguridad social y parafiscales de que trata este formato.