SAM 74 DE 2022

OBJETO: RENOVACIÓN DE LICENCIAMIENTO ARCSERVE BACKUP Y ARCSERVE UNIFIED DATA PROTECTION UDP QUE INCLUYA SERVICIOS GESTIONADOS Y SOPORTE TÉCNICO PARA LA ESTRATEGIA HIBRIDA DE BACKUP DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN DE COMUNICACIONES.

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 PERSONA JURÍDICA

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal [insertar] y/o Revisor Fiscal (Si lo necesita de acuerdo con los requisitos legales) [insertar] de la sociedad [insertar], identificada con NIT No. [insertar], se permite(n) certificar que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y aportes parafiscales correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta. (Las firmas o sociedades obligadas a tener revisoría fiscal de acuerdo con los requisitos legales deberán presentar la certificación firmada por el revisor fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente.)

Dado en [insertar] a los [insertar] ([insertar]) días del mes de [insertar] de [insertar].

Firma _____
Nombre [insertar]
Calidad en que Actúa [insertar]

Revisor Fiscal
Nombre [insertar]
TP No. [insertar

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.
EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERÁ DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA.

EN CASO DE QUE EL PROPONENTE NO TENGA PERSONAL A CARGO Y POR ENDE NO ESTE OBLIGADO A EFECTUAR EL PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL DEBERÁ INDICARLO EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el sistema general de seguridad social en pensiones, salud, riesgos laborales y aportes parafiscales:

Dada en _____ D.C. a los (__) _____ del mes de _____ de 202 _

FIRMA: _____
Nombre [insertar]
Calidad en que Actúa [insertar]