uesvalle
Unidad Ejecutora de Saneamiento
del Valle del Cauca
Nit: 805.018.833 - 8

FORMATO Nº4

PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA No. SAMC-06-2022

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002
(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) identificado con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los siguientes aportes, 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, según se indica en el cuadro que abajo aparece. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los siguientes aportes, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, según se indica en el cuadro que abajo aparece, los cuales corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

APORTE PARAFISCAL	INDIQUE LOS SEIS ÚLTIMOS MESES CALENDARIO LEGALMENTE EXIGIBLES A LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA PARA EL PRESENTE PROCESO					
MESES====➔ (Escriba los meses a reportar)						
Sistema de Seguridad Social en Salud (Escriba fecha y valor pagado)						
Riesgos Profesionales						
Pensiones						
Aportes Parafiscales - Cajas de Compensación Familiar (Escriba fecha y valor pagado)						
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF (Escriba fecha y valor pagado)						
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA (Escriba fecha y valor pagado)						

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto por el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1464 del 10 de Mayo de 2005.

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 Y EL CONTADOR, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

NOTA: A LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE DEBE ANEXAR COPIA DE LAS RESPECTIVAS PLANILLAS DE PAGO, COPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL DEL REVISOR FISCAL O CONTADOR, COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA Y LA CERTIFICACIÓN DE VIGENCIA DE LA TARJETA PROFESIONAL.

(DEBE APORTARSE, DEL PROPONENTE PERSONA NATURAL, O DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DE LA PERSONA JURÍDICA QUE REPRESENTA, O DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA UNIÓN TEMPORAL O CONSORCIO, SEGÚN SEA EL CASO.)

EN CONSTANCIA FIRMO A LOS ____ DÍAS DEL MES DE ___ DEL AÑO 2022 EN LA CIUDAD DE _____.
FIRMA ----------

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA _____