

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02)

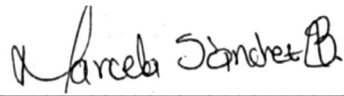
Nombre o razón social del proponente: SMN SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S

CERTIFICACIÓN

Certifico que CLAUDIA MARCELA SANCHEZ BRAVO con C.C. No. 52.110.813, ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante Doce (12) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de enero de 2023.

Nombre: Claudia Marcela Sánchez Bravo

Firma: 

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

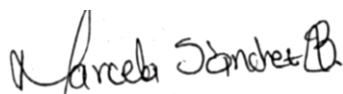
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003

Yo **CLAUDIA MARCELA SANCHEZ BRAVO** identificada con **C.C. 52.110.813 de Bogotá D.C.**, en calidad de Representante Legal de **SMN SOLUCIONES INTEGRALES SAS** de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

De igual forma certifico que no se realizan los aportes parafiscales al Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), puesto que realizo pago del Impuesto de Autorretención Renta Mensual, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016 como Declarante de Renta.

Dada en Bogotá D.C. a los (05) días del mes de enero de 2023.

Atentamente,



SMN SOLUCIONES INTEGRALES SAS
Nit. 900.343.346-1
Claudia Marcela Sánchez Bravo
C.C. 52.110.813 de Bogotá D.C.
Representante Legal

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900343346-1	SMN SOLUCIONES INTEGRALES SAS		Calle 99 a N. 68 b - 60	8125007	smn.solucionesintegrales@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2 0
2022-12	2022-11	E	12/12/2022	63891449	TOTAL A PAGAR
					\$2.382.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.440.000	0	0	45.000	45.000	0	0		1.530.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	52.300				52.300	0	0	52.300			523	52.300	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	400.000	0	0	400.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	400.000
Pensión	1	1.530.000	1.530.000
Riesgos Laborales	1	52.300	52.300
CCF	1	400.000	400.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.382.300	2.382.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900343346-1	SMN SOLUCIONES INTEGRALES SAS		Calle 99 a N. 68 b - 60	8125007	smn.solucionesintegrales@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2022-12	2022-11	E	12/12/2022	63891449	\$2.382.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exoner.	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	41480631	BRAVO DE SANCHEZ LUZ MILA	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	40.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF24	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
2	CC	79322066	NUÑEZ GUERRERO NELSON JAVIER	1	0			S																		25-14	9.000.000	1.440.000	0	0	45.000	45.000	EPS008	9.000.000	360.000	14-23	9.000.000	1	47.000	CCF24	9.000.000	360.000	0	0	0	0	0

PAGADA