FORMULARIO No. 5

CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

Bogotá D.C.

Señores
POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA CUNDINAMARCA
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía PN DECUN MIC 027 2019 cuyo objeto es el **"LA PRESTACION DE SERVICIO PARA EL TRANSPORTE DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA CUNDINAMARCA PARA LOS COMICIOS ELECTORALES DE ALCALDÍA, GOBERNACIÓN, DIPUTADOS, CONCEJALES Y EDILES DE LAS JUNTAS ADMINISTRADORES LOCALES VIGENCIA 2019"**

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 (PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, Carolina Alfaro Antolinez identificado con CC 53.071.640, en mi condición de Representante Legal de TRANSPORTE MARTINEZ VIP identificada con Nit 900.815.941-9,ccertifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, *(Articulo 65 Ley 1819 de 2016),* cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo Diego Alexander Otálora González identificado con CC 7.168.264 y con Tarjeta Profesional No. TP 67467-T_de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de TRANSPORTE MARTINEZ VIP identificada con Nit 900.815.941-9 debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Medellín, 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 aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, *(Articulo 65 Ley 1819 de 2016),* cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

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 INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

Dada en Bogotá, a los (10) diez del mes de octubre de 2019

FIRMA 

NOMBRE DE QUIEN DECLARA: Carolina Alfaro Antolinez

FORMULARIO No. 5.1

CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

Bogotá D.C.

Señores
POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA CUNDINAMARCA
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima PN DECUN MIC 027 2019 cuyo objeto es **"LA PRESTACION DE SERVICIO PARA EL TRANSPORTE DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA CUNDINAMARCA PARA LOS COMICIOS ELECTORALES DE ALCALDÍA, GOBERNACIÓN, DIPUTADOS, CONCEJALES Y EDILES DE LAS JUNTAS ADMINISTRADORES LOCALES VIGENCIA 2019".**

DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003 (PERSONAS NATURALES)

Yo Carolina Alfaro Antolinez identificado (a) con CC 53.071.640 de Bogotá, 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 de mis aportes y/o el de mis empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar (*Articulo 65 Ley 1819 de 2016*), correspondientes a mis aportes y/o al de mis empleados en los últimos seis (6) meses, contados a partir del mes anterior a la fecha de cierre, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos.

En caso de presentar acuerdo de pago con las entidades recaudadoras respecto de alguna de las obligaciones mencionadas deberá manifestar que existe el acuerdo y que se encuentra al día en el cumplimiento del mismo. En este evento el oferente deberá anexar copia del acuerdo de pago correspondiente y el comprobante de pago soporte del mes anterior al cierre del proceso de selección.

Dada en Bogotá a los (10) diez del mes de octubre de 2019

FIRMA 

NOMBRE DE QUIEN DECLARA: Carolina Alfaro Antolinez

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900815941-9	TRANSPORTE MARTINEZ VIP S.A.S		calle 2 A # 68 F- 11	3003618379	transportemartinezvip@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-10	2019-09	E	10/10/2019	37991659	$1.097.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	99.600	0		0		0	1	100	0	99.700	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	73.200	0		0		0	1	100	0	73.300	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
23-01	Porvenir	800224808-8	265.000	0	0	0	0	1	200	0	265.200	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	425.000	0	0	0	0	1	400	0	425.400	3

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										
14-11	ARL SURA	830031790-5	61.100				61.100	1	100	61.200			611	61.200	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	172.800	1	200	173.000	5

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	2	172.800	173.000
Pensión	2	690.000	690.600
Riesgos Laborales	1	61.100	61.200
CCF	1	172.800	173.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	1.096.700	1.097.800

PAGADA
37991659

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información