FORMATO No. 4
CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES [PERSONA JURÍDICA]

Artículo 50 de la Ley 789 de 2002

(Use la opción que corresponda, según certifique el Representante Legal o el Revisor Fiscal)

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de Representante Legal de (Nombre de la persona jurídica) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (06) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

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 (Nombre de la persona jurídica) identificado con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)
Estos pagos, 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.

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 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto en el Decreto 1464 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 INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

Dada en _____, a los ( ) _____ del mes de _____ de _____.

FIRMA_____

FORMATO N° 4 A
MODELO DE CERTIFICACIÓN DE EXONERACIÓN DE APORTES
PERSONA JURIDICA

(Nombre del CONTADOR PUBLICO OREVISOR FISCAL[1] según sea el caso), identificado con cédula de ciudadanía No. _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores, en mi condición de (contador Público o Revisor Fiscal) de (nombre de la persona jurídica) identificada con NIT. _____representada legalmente por (nombre del REPRESENTANTE LEGAL[2]), identificado con cédula de ciudadanía No. _____.

CERTIFICO

Que (nombre o razón social) ("se encuentra" o "no se encuentra") exonerada de la cotización a salud y pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), conforme a lo dispuesto en el Artículo 65° de la Ley 1819 de 29 de Diciembre del 2016 - Artículo 114-1 del Estatuto Tributario.

Dada en (nombre de la ciudad), a los ( ) días del mes de _____ del 2021.

FIRMA_____
NOMBRE DEL CONTADOR PUBLICO O REVISOR FISCAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

[1]Anexar fotocopia de la Tarjeta Profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigente de la junta de contadores del Contador o el Revisor Fiscal, según el caso)
[2]Anexa Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía

FORMATO N° 5
CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES [PERSONA NATURAL]
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 - PERSONA NATURAL

Yo _____ identificado (a) con c.c _____ de ____, de acuerdo con lo señalado en el Artículo 9 de la Ley 828 de 2003 y artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, 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 el de mis empleados (En caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección.

Nota: Para relacionar el pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 Artículos 19 a 24 y Decreto 2236 de 1999. Asimismo, en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales: CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, ICBF y SENA, se deberá tener en cuenta los plazos dispuestos para tal efecto, en el Decreto 1464 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 INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

Dada en _____ a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA----------
NOMBRE DE QUIEN DECLARA _____

NOTA: El presente anexo constituye sólo un modelo. Su contenido podrá ser ajustado por los proponentes.

FORMATO N° 5 A

MODELO DE CERTIFICACIÓN DE EXONERACIÓN DE APORTES
PERSONA NATURAL

(Nombre del CONTADOR PUBLICO[3]), identificado con cédula de ciudadanía No. _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores, en mi condición de contador Público

CERTIFICO

Que (nombre de la persona natural[4]), identificado con cédula de ciudadanía No. _____, ("se encuentra" o "no se encuentra")exonerado de la cotización a salud y pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), conforme a lo dispuesto en el Artículo 65° de la Ley 1819 de 29 de Diciembre del 2016 - Artículo 114-1 del Estatuto Tributario.

Dada en (nombre de la ciudad), a los ( ) días del mes de _____ del 2021.

FIRMA_____
NOMBRE DEL CONTADOR PÚBLICO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA_____
NOMBRE DE LA PERSONA NATURAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

[3]Anexar fotocopia de la Tarjeta Profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigente de la junta de contadores del Contador
[4]Anexa Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía

ANEXO 6

ASUNTO: SOLICITUD PRIVADA DE UNA OFERTA N°

Se deben diligencia todas las columnas, de forma cronológica descendente y de manera completa, clara y legible, así:

Experiencia del proponente										
Objeto:										
Proponente:										
ORDEN ESTRICTO DE EVALUACIÓN	ENTIDAD CONTRATANTE	NO. CONSECUTIVO RUP	CONTRATO		AÑO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	VALOR TOTAL OBRA EJECUTADA ($)	VALOR TOTAL OBRA EJECUTADA (SMMLV)	FORMA DE PARTICIPACIÓN		EXPERIENCIA ESPCIFICA ACREDITADA (SMMLV)
			#	OBJETO				(I,C o U`)	%	
TOTAL EXPERIENCIA ESPECIFICA (SMMLV)										

FIRMA_____
NOMBRE:
REPRESENTANTE LEGAL:

Notas:
Prima la información establecida en el RUP o respectivas certificaciones y anexos de aplicar.
No. CONSECUTIVO RUP: corresponde al número de consecutivo del reporte del contrato ejecutado, registrado en el RUP.
Anexar Medio Magnético a la propuesta

ANEXO 7

EXPERIENCIA DEL PERSONAL

ASUNTO: SOLICITUD PRIVADA DE UNA OFERTA N°

Se deben diligencia todas las columnas, de forma cronológica descendente y de manera completa, clara y legible, así:

SOLICITUD PRIVADA DE UNA OFERTA No ESPA-XXX-XXX-000-0000					
"xxxxxx"					
Experiencia de personal propuesto					
Proponente:					
Nombre profesional:					
Titulo profesional:					
Fecha de expedición matricula profesional:			Experiencia general (Años)		
Cargo en el cual es propuesto:					
Especialización o superior:					
ID	Contrato No.	Objeto, actividad o cargo	Fecha inicio	Fecha terminación	Tiempo laborado

FIRMA_____
NOMBRE:
REPRESENTANTE LEGAL:

Nota:

1. La experiencia se validará con las respectivas certificaciones
2. Los taslapos se tendrán en cuenta únicamente para directores con % de dedicación menor al 50%
   En los caso que se solicite experiencia en tiempo

FORMATO N° 8
DECLARACION DE ACTIVIDADES LEGALES

Ciudad y fecha

Señores
ESPA S.A. E.S.P.
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD PRIVADA DE UNA OFERTA N°

Cordial saludo:

Yo (Nosotros) _____ de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de XXXXXXXXXXXXXXXXX, manifiesto (mos) bajo la gravedad de juramento que ni yo , ni la sociedad que represento, tenemos, ni hemos tenido participación, vinculación o relaciones jurídicas ni comerciales, con empresas captadoras ilegales de dinero, con actividades relacionadas con el narcotráfico, guerrilla y paramilitarismo, ni con cualquier otro tipo de actividad ilícita.

Atentamente,

Razón Social _____
Nit _____ Régimen tributario al cual pertenece _____
Nombre _____
C.C. N° _____ de _____
Dirección _____
FAX _____
Ciudad _____
FIRMA y SELLO (*)

FORMATO N° 9

AUTORIZACIÓN PARA LA NOTIFICACIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS A TRAVÉS DE LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS

Yo _____ identificado(a) con _____

Número _____ expedida en _____ he leído,

Entiendo y acepto los términos y condiciones de uso de medios electrónicos para las notificaciones electrónicas y autorizo a la ESPA S.A. E.S.P. a utilizar este medio para la notificación de los actos administrativos de contenido particular, al correo electrónico:

_____

Con mi firma me obligó a:

1. Operar de manera directa mi buzón de correo electrónico. La cuenta informada es propia y por lo tanto no alegaré en ningún caso el desconocimiento de los actos notificados.

2. Informar a la entidad el cambio de dirección de correo electrónico para el proceso de notificaciones electrónicas.

3. Reportar a la ESPA S.A. E.S.P. cualquier inconveniente de acceso al documento notificado

Al efecto suscribo este documento de manera libre y voluntaria el día en. _____

Firma: _____

Dirección de residencia

Teléfono