AERONÁUTICA CIVIL
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL

CONSORCIO MANTENIMIENTO VALLE

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 (PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, Sebastián Baquero López, identificado con C.C No. 1.010.208.331, en mi condición de Representante Legal de GES INVERSIONES SAS identificada con Nit 901.085.973-4, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de 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. (Cuando aplique)

En virtud de lo señalado en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, (Marcar con X) manifiesto que como persona natural empleadora me encuentro exonerada de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes de que trata este inciso.

Dada en Bogotá, a los (13) trece días del mes de julio de 2020



FIRMA ----------
NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA Sebastián Baquero López
C.C. No. 1.010.208.331

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**FORMATO** FORMATO 17 PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES - PN			
Principio de procedencia: xxxx.092	**Clave: GCON-1.0-12-119**	**Versión:1**	**Fecha: 04/Oct/2019**	**Página: 1** de **1**

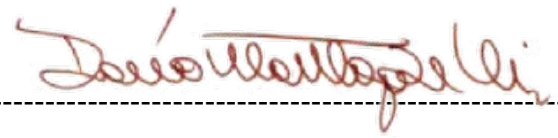
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003 (PERSONAS NATURALES)

Yo Dario de Jesus Montoya Mier identificado (a) con c.c 17.147.055 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, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016),

En virtud de lo señalado en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, (Marcar con X) manifiesto que como persona natural empleadora me encuentro exonerada de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes de que trata este inciso.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto (persona natural o jurídica) que dentro de los 6 meses anteriores a la fecha de firma del Contrato no tuve personal a cargo y por ende no estoy obligado a efectuar el pago de aportes legales y seguridad social.

Dada en Bogotá a los (13) trece días del mes de julio de 2020.

FIRMA ----------

NOMBRE DE QUIEN DECLARA Darío de Jesús Montoya Mier

Nota: Para los Proponentes Plurales cada uno de los integrantes debe suscribir por separado la declaración de la que tratan los anteriores numerales. Adicionalmente, el Proponente adjudicatario debe presentar, para la suscripción del respectivo Contrato, ante la dependencia respectiva, la declaración donde acredite el pago correspondiente a seguridad social y aportes legales cuando a ello haya lugar.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	17147055
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DARIO DE JESUS MONTOYA MIER
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 13 NO. 75-20 OF. 601	TELÉFONO:	2171890
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7750729796**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	mayo
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		617938213

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	2	$ 281.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 224.000
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500
SUBTOTAL:			4	**$ 645.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 35.200
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 35.200
830113831	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 56.000
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 35.200
SUBTOTAL:			4	**$ 161.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860045904	CCF26	CCF26-COMFACUNDI	4	$ 161.600
SUBTOTAL:			4	**$ 161.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4	$ 21.200
SUBTOTAL:			4	**$ 21.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 989.900**