FORMATO 2- CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES - (PERSONAS NATURALES)

Ciudad y fecha

Señor
Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Secretario de xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Departamento de Santander
Calle 37 No. 10-30 oficina xxxxx, xxxxxxxxx piso - edificio Gobernación de Santander
Bucaramanga

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN NUMERO XXXXXXXX-
OBJETO - [xxxxxxxxxxxxxxxxINSERTAR INFORMACIÓN]

Yo XXXXXXXXXXXX, identificado (a) con C.C. No. XXXXXXXXXXX de XXXXXXXX, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que he efectuado el pago por concepto de mis aportes y el de mis empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, 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 la propuesta para el presente proceso de selección.
[En caso que el proponente no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente anexo.]

NOTA 1: Para el caso de las modalidades de asociación, este deberá ser presentado por cada integrante.

NOTA 2: 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, en el artículo 10 de la ley 21 de 1982, reglamentado por el Decreto 1670 de 2007.

NOTA 3: 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.

Presentado para ser válida dentro del proceso de selección No. _____
Dada en _____ a los ( )_____ del mes de _____ de _____

FIRMA :XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
NOMBRE DE QUIEN DECLARA : XXXXXXXXXXXXXXXXX