Supersubsidio

ANEXO No.3

MODELO DE CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA No. SASI-SAMC-001-2025

De las siguientes opciones diligencia la manifestación expresa bajo la gravedad de juramento que le corresponda según el caso:

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de representante legal de (razón social de la compañía) identificada con NIT _____, debidamente inscrito en la cámara de comercio de _____ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Y Caja de Compensación Familiar), cuando a ello hubiera lugar, correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural____ Representante Legal ____Revisor Fiscal _____de (Razón social de la compañía) identificada con NIT _____, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro obligado al pago de seguridad social y aportes parafiscales, por no tener personal a cargo.

Yo, _____ como persona natural nacional para acreditar el cumplimiento de esta obligación aporto con la propuesta la planilla o comprobante de pago de los aportes correspondientes a mi seguridad social y aportes parafiscales, del mes inmediatamente anterior a la fecha prevista para el cierre de la presente convocatoria.

Yo, _____, identificado con _, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural Representante Legal Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificada con NIT _____, certifico el pago de los aportes de pensión y riesgos laborales y de Caja de Compensación Familiar correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro obligado a cancelar ICBF, SENA y Seguridad Social en Salud por pagar el CREE si aplica o el que corresponda y demás tributos que correspondan).

En las anteriores circunstancias, la certificación será expedida y firmada por el revisor fiscal cuando de acuerdo con la Ley esté obligado a tenerlo o cuando por estatutos así se dispuso, o por el representante legal cuando no esté obligado a tener revisor fiscal. La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

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

Nota: la fecha debe coincidir con el día estipulado en el cronograma para el cierre del proceso so pena de inhabilidad.

Revisor Fiscal y/o Contador

Firma _____
Nombre _____
Matricula Profesional (Si firma el Revisor Fiscal)
CC.

Representante Legal

Firma _____
Nombre _____
CC.