**ANEXO No. 3**
**PERSONAS JURIDICAS**

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

En mi condición de Representante Legal o Revisor Fiscal (*según sea el caso*), de (Razón social de la compañía) identificada con NIT _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, me permito certificar o auditar (*en caso del Revisor Fiscal*) que, de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la Compañía, con el propósito de verificar el pago efectuado por concepto de los aportes correspondientes a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para lo cual, me permito certificar el pago de los siguientes aportes, los cuales forman parte de dichos estados financieros y corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante los **últimos seis (6) meses** contados desde el cierre del presente proceso de selección. 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.

Así mismo, en el caso del pago 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 artículo 10 de la ley 21 de 1982.

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 _____ a los (__) días del mes de ____ del año _____.

**FIRMA** _____

**NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA** _____

**REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL** _____

**No. TARJETA PROFESIONAL (Para el Revisor Fiscal)** _____