CONDICIONES GENERALES
INVITACIÓN PÚBLICA FFDS – MC – 036 – 2020

OBJETO: ADQUIRIR ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL DE LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD EN EL MARCO DEL SEM

FORMATO No. 5

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES – PERSONA JURIDICA

Ciudad y Fecha _____

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.-

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

CERTIFICACIÓN PERSONA NATURAL

El suscrito _____, identificado con _____, certifico que me encuentro a Paz y Salvo por concepto del pago de mis obligaciones derivadas de mi afiliación con el Sistemas de Seguridad Social Integral, así como del personal a mi cargo que lo requiera.
Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

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

FIRMA
NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CERTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Yo, _____, identificado con _____, en mi condición de **Representante Legal** de _____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 (6) 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 laborales, 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 y la Ley 1150 de 2007.
Dada en _____, a los ( )_____ del mes de _____ de _____
FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CONDICIONES GENERALES
INVITACIÓN PÚBLICA FFDS – MC – 036 – 2020

OBJETO: ADQUIRIR ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL DE LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD EN EL MARCO DEL SEM

CERTIFICACIÓN REVISOR FISCAL Y REPRESENTANTE LEGAL

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de _____ identificado con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría 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 laborales, 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 COMPENSACIÓN 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 INDICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.

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

FIRMA
NOMBRE REVISOR FISCAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
TP.

FIRMA
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

NOTA: Si el documento es suscrito por Revisor Fiscal, deberá aportarse copia de la tarjeta profesional y certificado de vigencia de la tarjeta profesional.