FORMATO No 6

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

Ciudad y fecha de presentación.

Señor
JAIME LUIS BUITRAGO GARCIA
Alcalde
Municipio de Uribia
Departamento de La Guajira

REFERENCIA: Proceso competitivo
ESAL-XXX-2026

Cordial saludo.

NOMBRE COMPLETO, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, actuando en mi calidad de (representante de Consorcio o Unión Temporal o Representante Legal de una persona jurídica), me permito realizar las siguientes declaraciones.

1. Certificar que se han efectuado los pagos por concepto de aportes correspondientes a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensión y demás aportes establecidos en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, cuando sea el caso de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 1607 de 2012 durante los últimos seis (6) meses.

2. Certificar que se han efectuado el pago de los aportes correspondientes cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicios Nacional de Aprendizaje (SENA) durante los últimos seis (6) meses.

3. Certificar que, a la fecha de presentación de la oferta, hemos realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses, contados a partir de la citada fecha, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos.

Atentamente,

NOMBRE COMPLETO
Persona natural - Representante Legal persona jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

Para el caso de Consorcio – Unión Temporal deberá ser diligenciado por cada una de las personas naturales o jurídicas miembros.

En el evento que un proponente o los miembros de la estructura plural no esté obligado a estas condiciones deberá manifestarlo en el presente documento.