FORMATO No. 6

DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES – PERSONAS JURÍDICAS

(USE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA, SEGÚN CERTIFIQUE EL REPRESENTANTE LEGAL O EL REVISOR FISCAL)

OPCIÓN No. 01 CUANDO LA EMPRESA NO CUENTA CON REVISOR FISCAL – DEBE CERTIFICAR SOLAMENTE EL PRESENTANTE LEGAL.

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 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 **SUBASTA INVERSA-FDLUSA-SASI-XX-2026**, 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.

OPCIÒN No. 02 CUANDO LA EMPRESA CUENTA CON REVISOR FISCAL – DEBE CERTIFICAR SOLAMENTE EL REVISOR FISCAL REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÒN LEGAL Y APORTAR LOS DOCUMENTOS DEFINIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

Yo, _____, identificado con _____, y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de (Razón social de la compañía) identificado con Nit _____ , debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, luego de examinar de acuerdo con las normas internacionales de auditoría aceptadas en Colombia, los registros contables 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 **SUBASTA INVERSA-FDLUSA-SASI-XX-2026**, 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 1: Las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios y sujetos pasivos del impuesto sobre la renta para la equidad – CREE, están exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA y del ICBF, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes, de conformidad con el artículo 7 del Decreto 1828 del 27 de agosto de 2013, reglamentario de la Ley 1607 de 2012.

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 y Decreto 2236 de 1999. Así mismo, en el caso 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 Decreto 1464 de 2005.

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.

Nota 4: En caso de Consorcio, Unión Temporal o Promesa de Sociedad futura, cada uno de sus integrantes, deberá cumplir con este requisito.

Nota 5: Se adjunta el presente documento:

- Copia del documento de identidad del revisor fiscal
- Copia de la Tarjeta Profesional del revisor fiscal.
- Certificado de Antecedentes Profesionales **VIGENTE** expedido por la Junta Central de Contadores del revisor fiscal y/o contador que emite la certificación.

Dado en Bogotá D.C, a los _____ del mes de _____ de 20XX.

Atentamente,

Firma del Proponente o Revisor Fiscal
Nombre o Razón Social del Proponente:
NIT:
Nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal (cuando por ley corresponda):
Cargo:
C.C. No. _____ de _____
Dirección Comercial del Proponente:
Teléfonos:
Ciudad:

AL DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMATO SOLAMENTE INDIQUE UNA DE LAS OPCIONES SEÑALADAS, LO DEMÀS LO PUEDE BORRAR.