ANEXO No. 10

MODELO CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

MODELO CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES -ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 (PERSONA JURÍDICA)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal **[insertar]** y/o Revisor Fiscal (Si lo necesita de acuerdo con los requisitos legales) **[insertar]** de la sociedad **[insertar]**, identificada con NIT No. **[insertar]**, certifica que la mencionada sociedad ha realizado los pagos legalmente exigibles correspondientes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) correspondientes a las nóminas de **los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del proceso de selección**, razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social y aportes parafiscales. (Si Aplica).

(Las firmas o sociedades obligadas a tener revisoría fiscal de acuerdo con los requisitos legales, deberán presentar la certificación firmada por el revisor fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente.)

Dada en [Indicar] a los (Indicar día en número) [Indicar día] del mes de [Indicar mes] de [Indicar año]

Firma _____
Nombre [insertar]
Calidad en que Actúa [insertar] Revisor Fiscal Nombre [insertar]
TP No. [insertar]

Cuando se trate de figuras plurales cada uno de sus integrantes deberá aportar la certificación.

MODELO CERTIFICACIÓN PAGO PARAFISCALES CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES -ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 (PERSONA NATURAL)

Yo _____ identificado (a) con C.C _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, declaro bajo la gravedad de juramento, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), **correspondientes a los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del proceso de selección**. En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades anteriormente mencionadas, se deberá Adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el cumplimiento del pago de la obligación.

Dada en [Indicar] a los (Indicar día en número) [Indicar día] del mes de [Indicar mes] de [Indicar año]

Firma _____