ANEXO 4
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

(Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007)

Referencia: Invitación Pública No. IP-067-2026. **Objeto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO DE CULTURA Y APROPIACIÓN DIGITAL CONECTANDO EXPERIENCIAS, DIRIGIDO A PERSONAS MAYORES DE LOS CENTROS VIDA DEL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS.

OPCIÓN A – PERSONA JURÍDICA

El suscrito, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, en calidad de ☐ revisor fiscal (tarjeta profesional No. _____) ☐ representante legal de _____, NIT _____, certifico que la sociedad ha realizado el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, y de los aportes parafiscales a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello haya lugar, durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso, es decir, entre _____ y _____.

☐ La sociedad está exonerada del pago de aportes al SENA, ICBF y régimen contributivo de salud, en los términos del artículo 114-1 del Estatuto Tributario, respecto de los trabajadores que devenguen menos de diez (10) SMMLV.

☐ La sociedad no tiene personal a cargo y, por tanto, no está obligada a realizar aportes parafiscales.

Esta certificación la firma el revisor fiscal cuando la sociedad está obligada a tenerlo; en caso contrario, la firma el representante legal. Si firma el revisor fiscal, adjuntar copia de su cédula, tarjeta profesional y certificado de antecedentes de la Junta Central de Contadores vigente.

_____
Firma
Nombre: _____
C.C. No.: _____
T.P. No. (si es revisor fiscal): _____

OPCIÓN B – PERSONA NATURAL

El suscrito, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, declaro bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día en el pago de mis aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) como trabajador independiente, y adjunto la planilla del último periodo pagado (PILA).

Declaro además que:

☐ No tengo trabajadores a mi cargo.

☐ Tengo trabajadores a mi cargo y me encuentro al día en el pago de sus aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos seis (6) meses.

Para consorcios y uniones temporales, cada integrante deberá diligenciar la opción que le corresponda.

_____
Firma
Nombre: _____
C.C. No.: _____