Anexo No 9. Modelo de certificado de pago aportes parafiscales y sistema general de seguridad social integral

Señores

P.A. AYP OXI OBC PAZ DE ARIPORO 2023

Fiduciaria Popular S.A.

Teléfonos: +57 (601) 6079977 / +57 (601) 5961506

Carrera 13A No. 29-24, Pisos 20, 21 y 24

Referencia: Licitación privada abierta No 001 de 2023

Objeto convocatoria: Prestación de servicio de Gerencia para el Proyecto "Dotación tecnológica para las instituciones y sedes educativas del municipio de Paz de Ariporo."

De las siguientes opciones diligencie la manifestación expresa bajo la gravedad de juramento que le corresponda según el caso:

Yo,	, identificado	con	, en m
	ue con una X según el caso) Perso		
Fiscal de (Raz	cón social de la compañía) ide	entificada con NIT	
debidamente inscr	ito en la Cámara de Comercio de _		certifico el pago de
los aportes de seg	uridad social (pensión, salud y rie	esgos laborales) y de lo	s aportes parafiscales
(Instituto Colombia	no de Bienestar familiar ICBF, Ser	vicio Nacional de Aprer	ndizaje SENA y Caja de
Compensación Fan	niliar), cuando a ello hubiere luga	r, correspondiente a la	nómina de los últimos
seis (6) meses cale	ndario legalmente exigibles a la f	echa de presentación d	e la propuesta para e
presente proceso d	de selección. Lo anterior, en cump	plimiento de lo dispues	to en el artículo 50 de
la Ley 789 de 2002			
	, identificado d		
	a X según el caso) Persona Natura		
	<mark>e la compañía)</mark> identificada con NI		
	no me encuentro obligado al pag	30 de seguridad social y	aportes parafiscales
por no tener perso	nal a cargo.		
	, identificado (
•	ara acreditar el cumplimiento de	= :	
	ante de pago de los aportes corr		
·	es inmediatamente anterior a la	fecha prevista para el	cierre de la presente
convocatoria.			
Vo	, identificado co	on	en mi condición de
	según el caso) Persona Natural _		
	c <mark>ompañía)</mark> identificada con NIT		
(Hazon Social ac la	-ompania) identificada con NH	, certifico	ci pago ac ios aporte.

de pensión y riesgos laborales y de Caja de Compensación Familiar correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses legalmente exigibles a la fecha de presentación de la Propuesta para el presente proceso de selección y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro obligado a cancelar ICBF, SENA y Seguridad Social en Salud por pagar el CREE si aplica o el que corresponda y demás tributos que correspondan).

En las anteriores circunstancias, la certificación será expedida y firmada por el revisor fiscal cuando de acuerdo con la Ley esté obligado a tenerlo o cuando por estatutos así se dispuso, o por el representante legal cuando no esté obligado a tener revisor fiscal.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

Atentamente,

Revisor Fiscal y/o Representante Legal Matricula Profesional: (Si firma el Revisor Fiscal) CC.:

^{*}Cuando se trate de Consorcios o Uniones Temporales, cada uno de sus miembros integrantes deberá certificar el cumplimiento de aportes a seguridad social y parafiscales de que trata este formato.