

## Anexo No 8. Modelo de certificado de pago aportes parafiscales y sistema general de seguridad social integral

Señores

### **PATRIMONIO AUTÓNOMO ADMINISTRACIÓN Y PAGO OXI ENEL SILVANIA**

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 convocatorio: Prestación de servicio de Gerencia para el Proyecto “DOTACIÓN DE EQUIPO TECNOLÓGICO PARA LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE SILVANIA CUNDINAMARCA

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

- Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural  Representante Legal  Revisor Fiscal  de (Razón social de la compañía) identificada con NIT \_\_\_\_\_, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de \_\_\_\_\_ certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos laborales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.
- Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural  Representante Legal  Revisor Fiscal  de (Razón social de la compañía) identificada con NIT \_\_\_\_\_, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro obligado al pago de seguridad social y aportes parafiscales, por no tener personal a cargo.
- Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, como persona natural nacional para acreditar el cumplimiento de esta obligación aporte con la propuesta la planilla o comprobante de pago de los aportes correspondientes a mi seguridad social y aportes parafiscales, del mes inmediatamente anterior a la fecha prevista para el cierre de la presente convocatoria.
- Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, en mi condición de (marque con una X según el caso) Persona Natural  Representante Legal  Revisor Fiscal  de (Razón social de la compañía) identificada con NIT \_\_\_\_\_, certifico el pago de los aportes

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.