

| | | | |
|---|------------------|---|----------------------|
|  | FORMATO 6 | CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | JUNIO DE 2017 |
|---|------------------|---|----------------------|

FORMATO 6
MODELO CERTIFICACIÓN
PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

**CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y
PARAFISCALES (ARTÍCULO 50, LEY 789 DE 2002)**
(PERSONA JURÍDICA PROPONENTE O INTEGRANTE DE FORMA ASOCIATIVA)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, el suscrito Representante Legal: [insertar nombre completo, número de cédula y cargo] y/o el Revisor Fiscal [insertar nombre completo, número de cédula, número de la Tarjeta Profesional y cargo], (si está obligado a tenerlo inscrito de acuerdo con la normativa vigente o si lo tiene inscrito potestativamente), de la sociedad [insertar nombre y NIT de la persona jurídica], se permite(n) certificar que la mencionada Sociedad ha efectuado correcta y adecuadamente, el pago de sus Aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones y ARL) y de Aportes Parafiscales (ICB, Cajas de Compensación Familiar y SENA), correspondientes a la nómina de sus empleados, durante los últimos seis (6) meses calendario, contados desde la fecha de presentación de la Propuesta hacia atrás, en el marco de la **Invitación Abierta No. PFA-IA-01-2017**.

(En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades antes indicadas, deberá explicarlo claramente en esta Certificación y adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el estado de cumplimiento del pago de la obligación).

Dado en [insertar ciudad y país], a los XXXX días del mes de XXXXXXXXXXXX de 2017.

Cordialmente,

(Firma del Representante Legal)
Nombre y C.C. del Representante Legal [insertar]
Calidad o cargo por el que actúa [insertar]

(Firma del Revisor Fiscal)
Nombre y C.C. del Revisor Fiscal
TP No. [insertar]

| | | | |
|---|------------------|---|----------------------|
|  | FORMATO 6 | CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | JUNIO DE 2017 |
|---|------------------|---|----------------------|

FORMATO 6
MODELO DECLARACIÓN JURAMENTADA
DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

DECLARACION JURAMENTADA
DE PAGO DE APORTES ALSISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES
(ARTÍCULO 50, LEY 789 DE 2002)
(PERSONA NATURAL PROPONENTE O INTEGRANTE DE FORMA ASOCIATIVA)

Yo _____ identificado(a) con C.C. _____ de _____, de acuerdo con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, QUE HE EFECTUADO CORRECTA Y ADECUADAMENTE, EL PAGO DE MIS APORTES Y EL DE MIS EMPLEADOS, AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL (Salud, Pensiones y ARL) y DE APORTES PARAFISCALES (ICB, Cajas de Compensación Familiar y SENA) (esto último en caso de tener empleados a cargo), según me corresponde, durante los últimos seis (6) meses calendario, contados de la fecha de presentación de la Propuesta hacia atrás, en el marco de la **Invitación Abierta No. PFA-IA-01-2017**.

(En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades antes indicadas, deberá explicarlo claramente en esta Certificación y adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el estado de cumplimiento del pago de la obligación).

Dado en [insertar ciudad y país], a los XXXX días del mes de XXXXXXXXXXXX de 2017.

Cordialmente,

(Firma del Representante Legal)
Nombre y C.C. del Representante Legal [insertar]
Calidad o cargo por el que actúa [insertar]

(Firma del Revisor Fiscal)
Nombre y C.C. del Revisor Fiscal
TP No. [insertar]