**Formato 3 – Certificación de Pagos de Seguridad Social y Aportes Parafiscales**

**Artículo 50 Ley 789 de 2002**

Bogotá, D.C., 17/06/2024

Señores:

**AGENCIA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA - COLOMBIA COMPRA EFICIENTE**

Ciudad

**Referencia:** Catálogo de panela, aromáticas e infusiones

Yo, [SANDRA PATRICIA ORDOÑEZ RUIZ] identificado con [CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 39.762.226], en mi condición de **Representante Legal** de [DALCOR S.A.S.] identificada con NIT [900.517.250-1],debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de [BOGOTA DC] 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, pagados por la Compañía durante los **últimos seis (6) meses** calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra Propuesta para el presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

**Nota:** Para certificar el pago de los aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social, y en el caso del pago correspondiente a los aportes parafiscales, se deberán tener en cuenta los plazos previstos en el Decreto 780 de 2016, modificado parcialmente por el Decreto 1990 de 2016.

[En el caso de no requerirse de revisor fiscal, este anexo deberá diligenciarse y suscribirse por el Representante Legal de la compañía, certificando el pago efectuado por dichos conceptos en los periodos antes mencionados.]

Dada en [BOGOTA DC], a los [17 días] del mes de Junio] de 2024].

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D:\Mis Documentos\Imagenes\sandra.png**  **Firma representante legal de la Mipyme** | | | | | | | |
| Nombre Proponente: | | | | DALCOR S.A.S. | | | |
| Representante Legal: | | | | SANDRA PATRICIA ORDOÑEZ RUIZ | | | |
| Documento de Identidad: | | | | 39.762.226 | | | |
| NIT: | | | | 900.517.250-1 | | | |
| **CONTROL DE CAMBIOS DEL FORMATO** | | | | | | | |
| **VERSION** | **AJUSTES** | **FECHA** | | **VERSIÓN VIGENTE** | | **01** | |
| 01 | Creación de formato | 02/08/2022 | | **Elaboró** | Karlo Fernández Cala | Gestor | |
| **Revisó** | Grupo Gestores SN | Grupo Gestores SN | |
| **Aprobó** | Catalina Pimienta Gómez | Subdirectora de Negocios | |

**Nota:** El control de cambios en el documento, se refiere a cualquier ajuste que se efectúe sobre el documento que describe ficha técnica del presente documento