**Formato 5 – Certificación de Pagos de Seguridad Social y Aportes Parafiscales**

**Artículo 50 Ley 789 de 2002**

**(Personas Jurídicas)**

Bogotá, D.C., pulse para escribir una fecha.

Señores:

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

Ciudad

**Referencia: IAD/SDA para la compra de Alimentos no perecederos y elementos básicos de aseo de uso personal por parte de Entidades estatales a MiPymes y actores de la Economía Popular**

Yo, [Nombre del Representante Legal] identificado con [incluir tipo de documento y número del mismo], en mi condición de **Representante Legal** de [Nombre o Razón Social de la Compañía] identificada con NIT [incluir número de NIT],debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de [Ciudad] 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.

Yo, , [Nombre del Representante Legal] identificado con [incluir tipo de documento y número del mismo], y Tarjeta Profesional No. [incluir número de la Tarjeta Profesional] de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de **Revisor Fiscal** de [Nombre o Razón Social de la Compañía] identificada con NIT [incluir número de NIT], debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de [Ciudad], luego de examinar de acuerdo con las normas auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, 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 la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 869 de 2002.

**Nota 1:** 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.

**Nota 2:** El segundo párrafo lo diligenciara el revisor fiscal cuando la MiPyme esté obligada a tenerlo.

[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 [Ciudad de firma], a los [día de firma] del mes de [mes de firma] de 20[XX].

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma representante legal de la MiPyme** | | | | | | | |
| Nombre Proponente: | | | |  | | | |
| Representante Legal: | | | |  | | | |
| Documento de Identidad: | | | |  | | | |
| NIT: | | | |  | | | |
| **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

**Formato 6 – Certificación de Pagos de Seguridad Social y Aportes Parafiscales**

**Artículo 50 Ley 789 de 2002**

**(Personas Naturales)**

Bogotá, D.C., pulse para escribir una fecha.

Señores:

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

Ciudad

**Referencia:** **IAD/SDA para la compra de Alimentos no perecederos y elementos básicos de aseo de uso personal por parte de Entidades estatales a MiPymes y actores de la Economía Popular**

Yo, [Nombre de la Personal Natural] identificado con [incluir tipo de documento y número del mismo], de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 823 de 2003, **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 el pago por concepto a mis aportes y el de mis empleados (eso último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, cuando a ello hubiere lugar, durante **los últimos seis (6) meses calendario** legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra Propuesta para el presente proceso de selección.

**Nota 1:** En caso de que la MiPyme no tenga personal a cargo y por ende no esté obligado a efectuar el pago de aportes parafiscales y seguridad social, debe también bajo la gravedad de juramento indicar esta circunstancia en el presente formato.

**Nota 2:** 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 [Ciudad de firma], a los [día de firma] del mes de [mes de firma] de 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del representante legal de la MiPyme** | |
| Nombre Proponente: |  |
| Representante Legal: |  |
| Documento de Identidad: |  |
| NIT: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.