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

Ciudad

**Referencia:** Proceso de selección **CCENEG-083-01-2024**.

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 Revisor Fiscal] identificado con [incluir tipo de documento y número de este], 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:** 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 y sus modificaciones.

[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. En caso de requerirse la firma del revisor fiscal, el oferente deberá adjuntar copia de la cédula de ciudadanía, de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes de la Junta Central de Contadores]

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Firma del Revisor Fiscal (cuando aplique)** | |
| **Nombre Revisor Fiscal:** |  |
| **Documento de Identidad:** |  |
| **Tarjeta profesional:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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