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

Yo, [Nombre del Proponente] identificado con [incluir tipo de documento y número del mismo], **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- y Cajas de Compensación, 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 que el proponente 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 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 del Proponente** | |
| Nombre Proponente: |  |
| 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.