

FORMATO 2

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Ciudad y Fecha: _____

Señores

**EL PATRIMONIO AUTÓNOMO FIDEICOMISO CASA DIGNA, VIDA DIGNA (FIDUCIARIA BOGOTA S.A.)
FIDUCIARIA BOGOTÁ S.A.**

Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: CONVOCATORIA N° [NUMERO DE PROCESO],

Objeto: “ [DESCRIBIR OBJETO, EN CASO QUE APLIQUE (INDICAR A QUE MUNICIPIO/ SE PRESENTA)]”

De las siguientes opciones diligencie la manifestación expresa bajo la gravedad de juramento que le corresponda según el caso:

Yo, _____, identificado con documento de identidad No. _____, en mi condición de **(marque con una X según el caso)** Persona Natural ___ Representante Legal ___ Revisor Fiscal ___ de _____ (*Razón social de la compañía*) identificada con Nit _____, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____, 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, correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses que legalmente son exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, (o sea, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con lo dispuesto por las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014.

Yo, _____, identificado con _____ documento de identidad No. _____ en mi condición de **(marque con una X según el caso)** Persona Natural ___ Representante Legal ___ Revisor Fiscal ___ de _____ (*Razón social de la compañía*) identificada con Nit _____, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro obligado al pago de seguridad social y aportes parafiscales, por no tener personal a cargo.

Yo, _____, identificado con documento de identidad No. _____ como persona natural nacional para acreditar el cumplimiento de esta obligación aporte con la propuesta la planilla o constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, mediante el cual acredito que me encuentro vinculado bajo la modalidad de cotizante _____, beneficiario _____ o afiliado al régimen subsidiado **(marque con una X según corresponda)**, del mes inmediatamente anterior a la fecha prevista para el cierre de la presente convocatoria.

Yo, _____, identificado con documento de identidad No. _____, en mi condición de **(marque con una X según el caso)** Persona Natural ___ Representante Legal ___ Revisor Fiscal ___ de (*Razón social de la compañía*) identificada con Nit _____, certifico el pago de los aportes de pensión y riesgos laborales y de Caja de Compensación Familiar correspondiente a la nómina de los últimos seis (6) meses que legalmente son exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, (o sea, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos) y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro obligado a cancelar ICBF, SENA y Seguridad Social en Salud.

En las anteriores circunstancias, la certificación será expedida y firmada por el revisor fiscal cuando de acuerdo con la Ley esté obligado a tenerlo o cuando por estatutos así se dispuso, o por el representante legal cuando no esté obligado a tener revisor fiscal.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en consonancia con la Ley 828 de 2003 y las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014 y demás normas concordantes.

Adicionalmente, tratándose de persona natural nacional deberá acreditar el cumplimiento de esta obligación con la planilla o constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, en la cual se evidencie que se encuentra vinculado al sistema bajo la modalidad de cotizante, beneficiario o afiliado al régimen subsidiado, al menos del mes inmediatamente anterior a la fecha prevista para el cierre de la presente convocatoria.

Atentamente,

Revisor Fiscal y/o Representante Legal
Matricula Profesional (Si firma el Revisor Fiscal)
CC.

***Cuando se trate de consorcios o uniones temporales, cada uno de sus miembros integrantes deberá certificar el cumplimiento de aportes a seguridad social y parafiscales de que trata este formato N° 2.**