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

**Artículo 50 Ley 789 de 2002**

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

Señores:

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

Ciudad

**Referencia:** Instrumento de Agregación de Demanda Dinámico -IAD/SDA para compras a actores de la Economía Popular – Consumibles de Impresión.

Yo, [Nombre del Representante Legal del Proponente] identificado con [incluir tipo de documento y número del mismo], en mi condición de **Representante Legal** de [Nombre o Razón Social del Proponente] 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 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 del Proponente] 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 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 [Ciudad de firma], a los [día de firma] del mes de [mes de firma] de 20[XX].

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **Firma representante legal del Proponente o Revisor (según el caso)** | | | | | | | |
| Nombre Proponente: | | | |  | | | |
| Representante Legal/Revisor fiscal: | | | |  | | | |
| 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