	<b>FORMATO 6</b>	<b>CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES</b>	<b>JUNIO DE 2017</b>
---	------------------	---	----------------------

**FORMATO 6**  
**MODELO CERTIFICACIÓN**  
**PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y  
PARAFISCALES (ARTÍCULO 50, LEY 789 DE 2002)**  
**(PERSONA JURÍDICA PROPONENTE O INTEGRANTE DE FORMA ASOCIATIVA)**

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes, el suscrito Representante Legal: [insertar nombre completo, número de cédula y cargo] y/o el Revisor Fiscal [insertar nombre completo, número de cédula, número de la Tarjeta Profesional y cargo], (si está obligado a tenerlo inscrito de acuerdo con la normativa vigente o si lo tiene inscrito potestativamente), de la sociedad [insertar nombre y NIT de la persona jurídica], se permite(n) certificar que la mencionada Sociedad ha efectuado correcta y adecuadamente, el pago de sus Aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones y ARL) y de Aportes Parafiscales (ICB, Cajas de Compensación Familiar y SENA), correspondientes a la nómina de sus empleados, durante los últimos seis (6) meses calendario, contados desde la fecha de presentación de la Propuesta hacia atrás, en el marco de la **Invitación Abierta No. PFA-IA-01-2017**.


(En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades antes indicadas, deberá explicarlo claramente en esta Certificación y adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el estado de cumplimiento del pago de la obligación).

Dado en [insertar ciudad y país], a los XXXX días del mes de XXXXXXXXXXXX de 2017.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Legal)  
Nombre y C.C. del Representante Legal [insertar]  
Calidad o cargo por el que actúa [insertar]

\_\_\_\_\_  
(Firma del Revisor Fiscal)  
Nombre y C.C. del Revisor Fiscal  
TP No. [insertar]

	<b>FORMATO 6</b>	<b>CERTIFICACIÓN PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES</b>	<b>JUNIO DE 2017</b>
---	------------------	---	----------------------

**FORMATO 6**  
**MODELO DECLARACIÓN JURAMENTADA**  
**DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**

**DECLARACION JURAMENTADA**  
**DE PAGO DE APORTES ALSISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**  
**(ARTÍCULO 50, LEY 789 DE 2002)**  
**(PERSONA NATURAL PROPONENTE O INTEGRANTE DE FORMA ASOCIATIVA)**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de acuerdo con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, 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 CORRECTA Y ADECUADAMENTE, EL PAGO DE MIS APORTES Y EL DE MIS EMPLEADOS, AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL (Salud, Pensiones y ARL) y DE APORTES PARAFISCALES (ICB, Cajas de Compensación Familiar y SENA) (esto último en caso de tener empleados a cargo), según me corresponde, durante los últimos seis (6) meses calendario, contados de la fecha de presentación de la Propuesta hacia atrás, en el marco de la **Invitación Abierta No. PFA-IA-01-2017**.

(En caso de existir acuerdo de pago con alguna de las entidades antes indicadas, deberá explicarlo claramente en esta Certificación y adjuntar una certificación expedida por la entidad correspondiente en la cual se especifique el estado de cumplimiento del pago de la obligación).

Dado en [insertar ciudad y país], a los XXXX días del mes de XXXXXXXXXXXX de 2017.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Legal)  
Nombre y C.C. del Representante Legal [insertar]  
Calidad o cargo por el que actúa [insertar]

\_\_\_\_\_  
(Firma del Revisor Fiscal)  
Nombre y C.C. del Revisor Fiscal  
TP No. [insertar]