



ANEXO 8 MODELO CERTIFICACIÓN PAGO PARAFISCALES

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES -ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002

(PERSONA JURÍDICA)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el suscrito Representante Legal [insertar] y/o Revisor Fiscal (Si lo necesita de acuerdo con los requisitos legales) [insertar] de la sociedad [insertar], identificada con NIT No. [insertar], certifica que la mencionada sociedad ha realizado los pagos de seguridad social y parafiscales, correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, razón por la cual la referida sociedad se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social y aportes parafiscales. (Si Aplica).

(Las firmas o sociedades obligadas a tener revisoría fiscal de acuerdo con los requisitos legales, deberánpresentar la certificación firmada por el revisor fiscal inscrito ante la Cámara de Comercio correspondiente.)

| Dado en [insertar] a los [insertar] ([insertar]) | días del mes de [insertar] de [insertar]. |
|--|---|
| Firma | |
| Nombre [insertar] | |
| Calidad en que Actúa [insertar] | |
| | |

Revisor Fiscal Nombre [insertar] TP No. [insertar]





ANEXO 8A

DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003

(PERSONAS NATURALES)

| Yo | identificado (a) con c.c _ | de | , de acuerdo con lo |
|---|----------------------------|--------------------|-------------------------|
| señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de | · | | • • |
| sujeción a las sanciones que para tal efecto mis aportes y el de mis empleados (esto úl | | • | . • |
| salud, riesgos profesionales, pensiones y a | | | |
| las nóminas de los últimos seis (6) meses a | • | | • |
| cual la referida sociedad se encuentra al dí (Si Aplica) | a en el pago de aportes a | a seguridad social | y aportes parafiscales. |
| En caso de existir acuerdo de pago con algur una certificación expedida por la entidad cor la obligación. | | | • |
| Dada en a los () | del mes de | de | |
| | | | |
| | | | |
| FIRMA | | | - |
| | | | |
| NOMBRE DE QUIEN DECLARA | | | _ |
| | | | |