

**ANEXO NO 8. MODELO DE CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Señores;

PATRIMONIO AUTÓNOMO ADMINISTRACIÓN Y

PAGO P.A. AYP OXI EMPAS

Fiduciaria Popular S.A.

Teléfonos: +57 (601) 6079977 / +57 (601) 5961506

Carrera 13A No. 29-24, Pisos 20, 21 y 24

**REFERENCIA: LICITACIÓN PRIVADA ABIERTA NO 001 DE 2025**

**OBJETO CONVOCATORIA:** Prestación de servicio de Gerencia para el Proyecto “CONSTRUCCIÓN DE PLACA HUELLAS EN EL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO DE SABANA DE TORRES, VEREDA EL KM 80 Y EL CENTRO POBLADO LA GÓMEZ.”

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

- Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, 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 calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la 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, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, como persona natural nacional para acreditar el cumplimiento de esta obligación apor to con la propuesta la planilla o comprobante de pago de los aportes correspondientes a mi seguridad social y aportes

parafiscales, del mes inmediatamente anterior a la fecha prevista para el cierre de la presente convocatoria.

- Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, 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 legalmente exigibles a la fecha de presentación de la Propuesta para el presente proceso de selección y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro obligado a cancelar ICBF, SENA y Seguridad Social en Salud por pagar el CREE si aplica o el que corresponda y demás tributos que correspondan).

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 y demás normas concordantes.

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.