



**ANEXO No. 4 - CARTA MODELO DE CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Señores

**PATRIMONIO AUTÓNOMO** \_\_\_\_\_

Atn: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha del cierre \_\_\_\_\_

Ref: Proceso de Selección Competitiva No. \_\_\_\_\_ de 2024.

El suscrito (representante legal o revisor fiscal) del proponente \_\_\_\_\_, manifiesta que a la fecha de cierre del Proceso de Selección Competitiva (de vencimiento del plazo de presentación de la oferta), el proponente indicado se encuentra en situación de cumplimiento por concepto de giros y aportes al sistema de protección social (cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, así como los sistemas de salud, pensión y riesgos profesionales - ARP (artículo 50 de la ley 789 de 2002) de los seis (6) meses anteriores a la presente certificación.

Cordialmente,

Nombre y Apellidos Revisor Fiscal \_\_\_\_\_

Tarjeta Profesional No. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Seleccione con una X según corresponda:

<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería
<input type="checkbox"/>	Pasaporte

(No necesita autenticación notarial)

*\*Ajustar en caso de no encontrarse obligado a cancelar aportes parafiscales y de seguridad social, por no tener personal a cargo.*

*\*\* Ajustar en caso de no encontrarse obligado a cancelar aportes a SENA, ICBF y Salud , es importante señalar que se deberá certificar el cumplimiento de pago de aportes a pensiones, riesgos profesionales y Cajas de Compensación generados de la nómina de los empleados de los seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre.*

