

## FORMATO 2

### CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Ciudad y Fecha: Bogotá, 22 de febrero de 2022

Señores

**PATRIMONIO AUTÓNOMO MATRIZ DE ASISTENCIA TÉCNICA FINDETER**

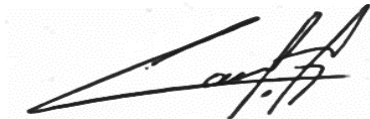
Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: **CONVOCATORIA No. PAF-ATMINDEPORTE-I-013-2022**

Objeto: **CONTRATAR LA REVISIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS Y LA “INTERVENTORÍA INTEGRAL (ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, AMBIENTAL, SOCIAL, JURÍDICA Y TÉCNICA) PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL COLISEO DE COMBATE YUBERGEN MARTÍNEZ, EN EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ - ANTIOQUIA”.**

Yo, **Camilo Alberto Herrera Bernal**, identificado con C.C.79.834.841 de Bogotá, en mi condición de **(marque con una X según el caso)** Persona Natural Representante Legal ☒ Revisor Fiscal ☐ de (Razón social de la compañía) **EJECUCIÓN Y GERENCIA DE PROYECTOS S.A.S.** identificada con **Nit 900.599.732-9**, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá, **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 que legalmente son exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección,** (o sea, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos) y así mismo declaro bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro obligado a cancelar ICBF, SENA y Seguridad Social en Salud.

Atentamente,



Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: **CAMILO ALBERTO HERRERA BERNAL**  
C.C.: 79.834.841 de Bogotá  
Representante Legal  
**EGEPROYEC S.A.S.**

**FORMATO 2**  
**CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Ciudad y Fecha: Bogotá, 22 de febrero de 2022

Señores  
**PATRIMONIO AUTÓNOMO MATRIZ DE ASISTENCIA TÉCNICA FINDETER**  
Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: **CONVOCATORIA No. PAF-ATMINDEPORTE-I-013-2022**

**Objeto: CONTRATAR LA REVISIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS Y LA “INTERVENTORÍA INTEGRAL (ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, AMBIENTAL, SOCIAL, JURÍDICA Y TÉCNICA) PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL COLISEO DE COMBATE YUBERGEN MARTÍNEZ, EN EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ - ANTIOQUIA”.**

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

Yo, **ORLANDO CORTES BARRERA**, identificado con C.C. No 19407285 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C.) Y Tarjeta Profesional No 13302-T, en mi condición de Persona Natural Representante Legal Revisor Fiscal     X     de DPC INGENIEROS S.A.S. identificada con Nit 830.101.071-8, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá 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 que legalmente son exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección**, (o sea, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con lo dispuesto por las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014.

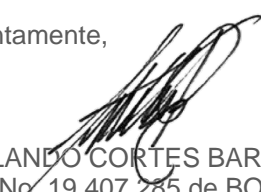
En las anteriores circunstancias, la certificación será expedida y firmada por el revisor fiscal cuando de acuerdo con la Ley esté obligado a tenerlo o cuando por estatutos así se dispuso, o por el representante legal cuando no esté obligado a tener revisor fiscal.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordante, en consonancia con la Ley 828 de 2003 y las Leyes 1607 de 2012 y 1739 de 2014.

NOTA: Tratándose de persona natural nacional o persona natural extranjera con domicilio en Colombia, deberá acreditar el cumplimiento de esta obligación con la presentación del último certificado de pago de planilla o con la constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, en la cual se evidencie que se encuentra vinculado al sistema bajo la modalidad de cotizante.

La persona natural que se encuentre pensionado por vejez, invalidez o anticipadamente, podrá acreditar la condición, presentando el certificado que lo acredite o la afiliación al sistema de salud.

Atentamente,

  
ORLANDO CORTES BARRERA  
c.c. No. 19.407.285 de BOGOTA, D.C.  
Tarjeta Profesional No 13302-T.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 60377366		PARRA GARCIA LIDIA SHIRLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVENIDA 17E# 4N-45 PARQUE CENTRAL	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5840000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1332301408	9431030632	I	2022/02/15	2022/02/18	BANCO DAVIVIENDA	3	\$865,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES														
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	yip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	60377366	PARRA LIDIA																		25-14	30	\$2,400,000	\$384,000	EPS005	30	\$2,400,000	\$300,000	CCF36	30	\$2,400,000	\$14,400	14-11	30	\$2,400,000	\$167,100	30	\$0	\$0	No	\$865,500		
Total Afiliados( 1)																								\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$2,400,000	\$14,400			\$2,400,000	\$167,100		\$0	\$0			\$865,500



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 60377366		PARRA GARCIA LIDIA SHIRLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVENIDA 17E# 4N-45 PARQUE CENTRAL	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5840000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-01	2022-01	1332301408	9431030632	I	2022/02/15	2022/02/18	BANCO DAVIVIENDA	3	\$865,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$167,100	\$0	\$0	\$167,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$167,100	\$0	\$0	\$167,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,400	\$0	\$0	\$14,400	
COMFAORIENTE	CCF36	890,500,675	6	1	\$14,400	\$0	\$0	\$14,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$865,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$865,500</b>	