**CERTIFICACION DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

[Diligenciar ciudad y fecha]

Doctor:

**ANTONIO JOSÉ VEIRA DEL CASTILLO**

**Gerente HUDN**

Calle 22 N° 7 -93 Parque Bolívar

San Juan de Pasto (N)

**REFERENCIA: CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES**

Yo, [Diligenciar nombre del representante legal], identificado con [Diligenciar documento de identificación], en mi condición de Representante Legal de [Diligenciar nombre de la persona jurídica], identificada con NIT No. [Diligenciar NIT de la persona jurídica], certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

[Diligenciar en caso de que la persona jurídica cuente con revisor fiscal o contador] [Aportar copia de la cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes junta central de contadores vigente]

Yo, [Diligenciar nombre del revisor fiscal o contador], identificado con [Diligenciar documento de identificación], y con Tarjeta Profesional No. [Diligenciar número de TP] de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de [Diligenciar nombre de la persona jurídica], identificada con NIT No. [Diligenciar NIT de la persona jurídica], debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de [Diligenciar ciudad de registro de la persona jurídica], luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Articulo 65 Ley 1819 de 2016), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente proceso de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Nombre y firma del representante legal]

C.C. No.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Nombre y firma del revisor fiscal o contador] si aplica

C.C. No.

T.P No

**CARTA DE COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

[Diligenciar ciudad y fecha]

Doctor:

**ANTONIO JOSÉ VEIRA DEL CASTILLO**

**Gerente HUDN**

Calle 22 N° 7 -93 Parque Bolívar

San Juan de Pasto (N)

**REFERENCIA: CARTA DE COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**

Respetado:

Por medio de este documento el suscrito [Diligenciar nombre del representante legal], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de [Diligenciar nombre de la persona jurídica], manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y del HUDN para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Nuestro parte, y la de nuestros empleados o asesores.

3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación para [Diligenciar objeto contractual].

5. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación para [Diligenciar objeto contractual], nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

La presente se expide a los [\_\_\_\_\_] (\_\_) días del mes de [\_\_\_\_\_\_] del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Proponente:

Documento de Identidad:

Cedula de ciudadanía:

Dirección:

Ciudad:

Celular:

Email:

**MANIFESTACIÓN DEL OFERENTE SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

[Diligenciar ciudad y fecha]

Doctor:

**ANTONIO JOSÉ VEIRA DEL CASTILLO**

**Gerente HUDN**

Calle 22 N° 7 -93 Parque Bolívar

San Juan de Pasto (N)

**REFERENCIA: MANIFESTACIÓN DEL OFERENTE SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

Yo, [Diligenciar nombre del representante legal] actuando en calidad de representante legal de [Diligenciar nombre de la persona jurídica], manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que ni (El Proponente, ni su Representante Legal, ni su apoderado, ni sus socios), me (nos) encuentro(tramos) incurso(s) en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en La Ley, en especial las contempladas en El Artículo 8 de La Ley 80 de 1993, en La Ley 1150 de 2007 y en La Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública” (Artículo 1. Inhabilidad Para Contratar De Quienes Incurran En Actos De Corrupción. Artículo 2. Inhabilidad Para Contratar De Quienes Financien Campañas Políticas. Artículo 4. Inhabilidad Para Que Ex Empleados Públicos Contraten Con El Estado y Artículo 90. Inhabilidad Por Incumplimiento Reiterado).

Que conozco el estatuto de contratación Acuerdo 019 de 2024 debidamente publicado en la página web de la institución – www.hosdenar.gov.co.

La presente se expide a los [\_\_\_\_\_] (\_\_) días del mes de [\_\_\_\_\_\_] del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Proponente:

Documento de Identidad:

Cedula de ciudadanía:

Dirección:

Ciudad:

Celular:

Email: