

FORMATO No. 2

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES
PARAFISCALES**

Fecha:

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.
Calle 93B No. 13-47
Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 001 de 2023

Para el Representante Legal use el siguiente texto:

Yo, _____ identificado con documento de identidad No: _____ en mi condición de Representante Legal de _____ identificada con NIT _____ debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes realizados durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la solicitud para la convocatoria, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma del Representante Legal:

**FIRMA ORIGINAL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

FORMATO No. 2

**CERTIFICACIÓN DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES
PARAFISCALES****Fecha:**

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.

Calle 93B No. 13-47

Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 001 de 2023**Para el Revisor Fiscal use el siguiente texto:**

Yo _____ identificado con documento de identidad No. _____ y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de _____ identificada con NIT _____ debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ 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 realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la solicitud para la presente convocatoria por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.

Estos pagos corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma del Revisor Fiscal:

**FIRMA ORIGINAL PROONENTE O REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**