

FORMATO No. 2

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

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.

Carrera 7 N° 32 -16

Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 001 de 2024 – Registro de Depositarios Provisionales y/o Liquidadores

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 BienestarFamiliar - 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 2024.

Firma del Representante Legal:

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

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444
Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768

Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132

Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

FORMATO No. 2

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

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.

Carrera 7 N° 32 -16

Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 001 de 2024 – Registro de Depositarios Provisionales y/o Liquidadores

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 2024.

Firma del Revisor Fiscal:

***FIRMA ORIGINAL DEL REVISOR FISCAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444
Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768

Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132

Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co