FORMATO No. 2

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: **GRUPO ERALWI SAS**

CERTIFICACIÓN

Certifico que **GRUPO ERALWI** con C.C. o NIT No. **901490802-1**, ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante doce (12) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de Abril de 2025.

Nombre: Diana Milena Rodríguez Arango

Firma: Diana Rodriguez

(Proponente o el representante legal o revisor fiscal **(cuando esté obligado a tener revisor fiscal)**)

_____ **FIRMA DEL PROPONENTE**