**FORMATO No. 2**
**MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES**
(ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: **SYAC S.A.S.**

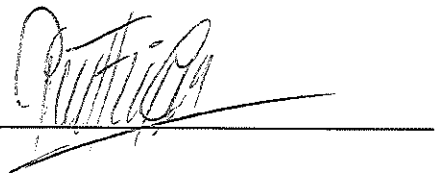
**CERTIFICACIÓN**

Certifico que SYAC S.A.S. con NIT No. 800.149.562-0, 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 los últimos seis (6) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

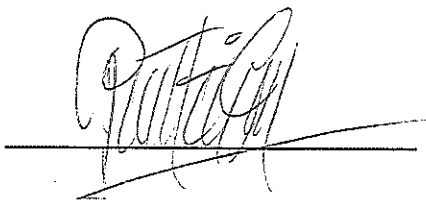
**Nota:** Para los efectos relacionados con la presentación de la propuesta del proceso N.° CD-069-2026, se autoriza a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para realizar notificaciones a los correos electrónicos indicados en el presente documento, denominado "Formato de Presentación de Oferta".

Expedida en el mes de abril de 2026.

Nombre: Pedro Felipe Cerón y Cerón

Firma: 

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



**FIRMA DEL PROPONENTE**

