FORMATO No. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
(PERSONAS JURÍDICAS)

Yo, **RUBEN WILCHES MARTINEZ**, identificado con **C.C. No. 79.055.5296** de Bogotá D.C., en mi condición de Representante Legal de **DISTRICONSUMOS S.A.S.,** identificada con Nit **901.278.363-0**, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje y auto retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta y complementario, *(Articulo 125 Ley 1819 de 2016*), cuando a ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses del calendario que legalmente sean exigibles en la fecha de cierre del proceso. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

EN CASO DE PRESENTAR ACUERDO DE PAGO CON ALGUNA DE LAS ENTIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DEBERÁ PRECISAR EL VALOR Y EL PLAZO PREVISTO PARA EL ACUERDO DE PAGO, CON INDICACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION.

EN CASO DE NO REQUERIRSE DE REVISOR FISCAL, ESTE ANEXO DEBERA DILIGENCIARSE Y SUSCRIBIRSE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA, CERTIFICANDO EL PAGO EFECTUADO POR DICHOS CONCEPTOS EN LOS PERIODOS ANTES MENCIONADOS.

La presente se expide a solicitud del interesado a los catorce (14) días del mes de agosto (08) de 2026.

Atentamente,



Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: **DISTRI CONSUMOS SAS**
Identificación (NIT X C.C ☐ C.E ☐): **901.278.363-0**
Nombre Representante Legal: **RUBEN WILCHES MARTINEZ**
Identificación (C.C X C.E. ☐) **79.055.596 de Bogotá D.C**.
Dirección: **CARRERA 21 No. 7-62 oficina 214**
Teléfono: **320-4809017**
E-Mail: propuestas.distri@gmail.com