**El contador de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Certifica**

Que la información de:

1. Balances de prueba
2. Auxiliares de todas las cuentas contables de costos y gastos

Correspondiente a los periodos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es tomada fielmente de los libros contables de la compañía, los cuales expresan que la contabilidad se lleva en debida forma y según las prescripciones legales y que las operaciones están respaldadas por comprobantes internos y externos que reflejan la situación financiera real.

La presente certificación se expide en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en respuesta al Requerimiento de Información No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por la Subdirección de Determinación de Obligaciones de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social.

***­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­*** *(firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nombres y apellidos Nombres y apellidos*

*Trabajador independiente Contador*

*N. Identificación: Tarjeta Profesional:*

*N. Identificación:*

*Teléfono:*

**El contador de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Certifica**

Que la información relacionada con el costo de ventas mensualizado del año \_\_\_\_\_\_ es tomada fielmente de los comprobantes contables, los cuales expresan los valores de los artículos y productos vendidos en cada mes.

La presente certificación se expide en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en respuesta al Requerimiento de Información No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_, expedido por la Subdirección de Determinación de Obligaciones de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social.

|  |  |
| --- | --- |
| **Mes** | **Valor del costo de ventas** |
| Enero |  |
| Febrero |  |
| Marzo |  |
| Abril |  |
| Mayo |  |
| Junio |  |
| Julio |  |
| Agosto |  |
| Septiembre |  |
| Octubre |  |
| Noviembre |  |
| Diciembre |  |

***­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­*** *(firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nombres y apellidos Nombres y apellidos*

*Trabajador independiente Contador*

*N. Identificación: Tarjeta Profesional:*

*N. Identificación:*

*Teléfono:*