Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. — Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. — Secretaría de Salud Subred Sur E.S.E. — Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**NEGOCIACION CONJUNTA No.03 de 2018**

ANEXO No.4

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

Nombre o razón social del proponente: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____con C.C, o NIT No._____ ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante_ ( ) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta convocatoria.

Expedida a los _____ días del mes de _____de 2018.

Nombre: _____

Firma: _____
(Representante Legal o revisor fiscal (cuando esté obligado a tener revisor fiscal)

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS