ANEXO

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

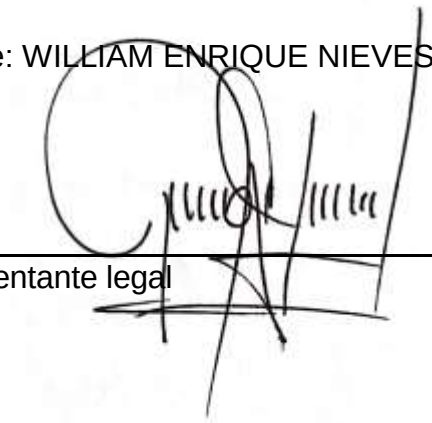
Nombre o razón social del proponente **INNOVID S.A.S**

CERTIFICACIÓN

Certifico que **INNOVID S.A.S** con NIT No . **901.347.556-1** 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 los últimos (SEIS) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta invitación.

Expedida a los 29 días del mes de Diciembre de 2021

Nombre: WILLIAM ENRIQUE NIEVES CLAVIJO



Firma: _____
Representante legal