FORMATO No. 2

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

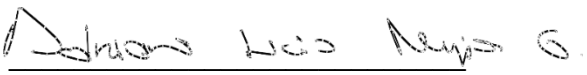
Nombre o razón social del proponente: VISIÓN SALUD S.A.S.

CERTIFICACIÓN

Certifico que VISIÓN SALUD S.A.S. con NIT No. 830147387-8, 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 todos los meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de febrero de 2023.

Nombre: Adriana Lucia Mejía Gutiérrez

Firma: 

C.C. 51.898.614