FORMATO No. 2

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES

(ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: **INDUSTRIAS MEDICOL S.A.S. CERTIFICACIÓN**

Certifico que **INDUSTRIAS MEDICOL S.A.S** con NIT **No. 901.365.243-8**, 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 siete (7) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de Julio de 2023.

Nombre: Michael Leandro Serna Pérez

Firma: _____

Revisor Fiscal

_____ **FIRMA DEL PROPONENTE**