depósito® de drogas BOYACÁ
... mucho más que medicamentos

ANEXO 3

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

Nombre o razón social del proponente **RAFAEL ANTONIO SALAMANCA / DEPOSITO DE DROGAS BOYACA**

CERTIFICACIÓN

Certifico que **RAFAEL ANTONIO SALAMANCA / DEPOSITO DE DROGAS BOYACA** con C.C, o NIT No. **17.068.260 / 17.068.260-3** 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 **SEIS** (**6**) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta invitación

Expedida a los **14** días del mes de **agosto** de **2023**

Nombre: **RAFAEL ANTONIO SALAMANCA / DEPOSITO DE DROGAS BOYACA.**

Firma: _____
RAFAEL ANTONIO SALAMANCA
C.C. 17.068.260 de Bogotá D.C.