FORMATO No. 4
CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES – PERSONA JURIDICA

Bogotá D.C., 28 de Noviembre de 2023

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
Ciudad.-

CERTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Yo, MARIA FERNANDA CAMARGO CHINCHILLA, identificado con C.C. No, 52.864.069, en mi condición de **Representante Legal** de LABORATORIO MEDICO VETERINARIO LMV SAS identificada con Nit 860.046.874-9, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.
Dada en Bogotá D.C. a los (veintiocho) _28 días del mes de Noviembre de 2023

FIRMA_____
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: MARIA FERNANDA CAMARGO CHINCHILLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 52.864.069 Bogotá

Dada en __Bogotá_, a los (veintiocho)_28_ del mes de Noviembre de 2023