	ANEXOS	Página 2 de 15	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud <small>Unidad de Servicios de Salud (Unidad de Servicios de Salud)</small>
		Versión: PRUEBA	

FORMATO No. 2

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

Nombre o razón social del proponente: **FUNDACION COSME Y DAMIAN**

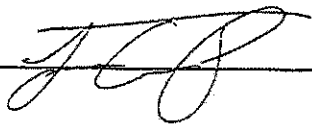
CERTIFICACIÓN

Certifico que **FUNDACION COSME Y DAMIAN** con C.C. o NIT No. **800.053.550-9**, 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 el mes de febrero de 2024, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes marzo de 8 de 2024.

Nombre: **JUAN CARLOS PEÑA RICO**

Firma: _____



(Proponente o el representante legal o revisor fiscal (cuando esté obligado a tener revisor fiscal))

_____**FIRMA DEL PROPONENTE**