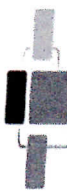


|                                                                                                                                              |                      |                        |                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Sur Occidente E.S.E.</p> | <p><b>ANEXOS</b></p> | <p>Página 2 de 15</p>  |  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SALUD<br/>Subred Sur Occidente E.S.E.<br/>Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy</p> |
|                                                                                                                                              |                      | <p>Versión: PRUEBA</p> |                                                                                                                                                                                                                              |

CC. 23.752.349

## ANEXO No. 2

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

Nombre o razón social del proponente: INDUSTRIAS MEDICA ALFA LTDA

### CERTIFICACIÓN

Certifico que INDUSTRIAS MEDICAS ALFA LTDA con C.C. o NIT No. 900.202.797, 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 SEIS(6\_) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Expedida en el mes de Mayo 4 de 2020.

Nombre: ROGERIO A. FONSECA

Firma: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPONENTE