FORMATO No. 2
MODELO DE CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES

Yo, MARÍA DEL MAR VARGAS PATARROYO, identificada con cedula 1.018.445.173, en mi condición de Representante Legal de BIOMETROMED S.A.S. identificada con NIT 900.311.764-8, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá certifico el pagode 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.

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Bogotá, a los (31) treinta y un días del mes de Julio de 2024.

FIRMA _____

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA MARÍA DEL MAR VARGAS PATARROYO

Dirección: Calle 25D # 100 – 12 /
Barrio La Rosita / Localidad de Fontibón / Bogotá D.C.
PBX: (57+60+1) 3305010
www.fne.minsalud.gov.co / fne@minsalud.gov.co