FORMATO N° 3
CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

Bogotá, 13 de Noviembre de 2024

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA

REFERENCIA: Proceso **ABREVIADA SUBASTA INVERSA ELECTRÓNICA NÚMERO SASI 023 DE 2024**

Por medio del presente documento me permito certificar que ***SET Y GAD SAS*** ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha definitiva de cierre del presente proceso, con el pago de los aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos Laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, Ley 1562 de 2012 y demás normas que las adicionen, complementen o modifiquen.

Atentamente,



Nombre o Razón Social del proponente	*SET Y GAD SAS*
NIT:	*830.065.092-8*
Matrícula:	*Matrícula No. 00981535 del 2 de diciembre de 1999.*
Nombre del Representante Legal:	*LUIS GUILLERMO URIBE RODRIGUEZ*
C.C.	*3.228.508 de Bogotá*
Dirección,	*Carrera 48 # 101a - 69, Bogotá.*
Teléfono	*(60) (1) 653 34 80*
Correo Electrónico	*licitaciones@setgad.com*



Nombre o Razón Social del proponente	*SET Y GAD SAS*
NIT:	*830.065.092-8*
Nombre del Revisor Fiscal:	*MARIA EUGENIA MURIEL RIVERA*
C.C.	*51.628.990 de Bogotá*
Tarjeta Profesional:	37763-T
Dirección,	*Carrera 48 # 101a - 69, Bogotá.*
Teléfono	*(60) (1) 653 34 80*
Correo Electrónico	*licitaciones@setgad.com*