FORMATO CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES DE PERSONA JURÍDICA

El Suscrito **MARGOTH MOLINA MEZA**, en mi condición de Representante Legal de **MARGOTH MOLINA MEZA** identificada con NIT **900.952.980-2** , bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el art. 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los **20** días del mes de **Agosto 2024,** en Bogotá D.C.

Se firma según el caso por:

Nombre o Razón Social del Proponente: **M BRANDS SAS**
NIT **900.952.980-2**
Nombre del Representante Legal: **MARGOTH MOLINA MEZA**
C.C. No. **32.611.906** de **MALAMBO**
Dirección **CR 41 No 36 – 25**
Teléfonos **3023992296**
Correos Electrónicos1 - **mbrandssas@hotmail.com**
2 - **margothmolina2010@hotmail.co**
Ciudad **Barranquilla-Atlántico**



NOMBRE DE QUIÉN FIRMA:
MARGOTH MOLINA MEZA