**CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL PARAFISCALES.**

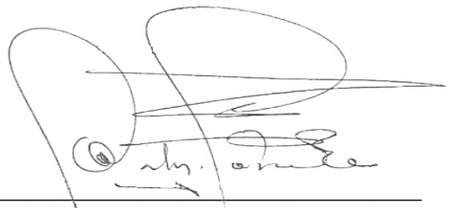
Ibagué, 17 de diciembre de 2024.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS - REGIONAL SUROCCIDENTE

El suscrito a saber **CARLOS ARTURO GARCIA ESQUIVEL**, domiciliado en **Ibagué**, identificado con Cedula de ciudadanía No. **19.296.684** de Bogotá, quien obra en calidad de representante legal de la sociedad, **MEDICLINICOS LIMITADA**, ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Así mismo certifico que dicha obligación se ha venido cumpliendo durante los últimos seis (6) meses. (O si la firma se constituyó en un término inferior a este, desde el plazo de su constitución).

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,



_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: MEDICLINICOS LIMITADA
Identificación (NIT ☒ C.C ☐ C.E ☐): 830.511.317-3
Nombre Representante Legal: CARLOS ARTURO GARCIA ESQUIVEL
Identificación (C.C ☒ C.E. ☐) 19.296.684 De Bogotá
Dirección: Calle 33 No. 4-A 93 Ibagué-Tolima
Teléfono: 315 375 5715 – (608)265 2559
Email: mediclinicosltda1@hotmail.com