FORMULARIO N°. 4

MODELO DE CERTIFICACION

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

FECHA EN LA QUE SE PRESENTA LA PROPUESTA

Señores
ESE – HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA
Villeta - Cundinamarca

Referencia: Proceso de Invitación Pública No. XXX de 2025 cuyo objeto es "**ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA Y CUBIERTA DEL HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA**

Respetados señores:

El suscrito Revisor Fiscal (cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley) o el representante legal, hace saber que la (NOMBRE COMPLETO DEL PROPONENTE), 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.

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

Atentamente,

_____
Cédula
Matricula Profesional