FORMATO No. 2

CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES
(ART. 50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: _OP PUBLICITY

CERTIFICACIÓN

Certifico que OP PUBLICITY con C.C. o NIT No. 901644282, ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante Sesenta (60) meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso.

Nota: Para los efectos relacionados con la presentación de la propuesta del proceso N.º EM 100 2026, se autoriza a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para realizar notificaciones a los correos electrónicos indicados en el presente documento, denominado "Formato de Presentación de Oferta".

Expedida en el mes de 06 de 2026.

Nombre: Paola Cacerers Gutiérrez

Firma: 

(Proponente o el representante legal o revisor fiscal **(cuando esté obligado a tener revisor fiscal)**)

 **FIRMA DEL PROPONENTE**