HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E
Atención Humanizada y Segura

GERENCIA

ANEXO 7

CERTIFICACIÓN DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Villavicencio, 29 de julio de 2026

El suscrito **LUIS ALEJANDRO MESA PÁCHON** actuando en calidad de representante legal de la entidad **HOSPITAL DEPARATAMENTAL DE VILLAVICENCIO ESE**, con la presente hago constar que para la fecha de entrega del presente documento, me encuentro al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral, para lo cual **anexo** el respectivo soporte en constancia de cumplimiento a las disposiciones legales que me comprometen como proponente en el referido proceso de contratación, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo y en el parágrafo 1º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, así como en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Clase de Persona	X
Persona jurídica	X
Persona natural empleadora	
Persona natural no empleadora	
Persona natural que nunca ha contratado con el Estado	
Persona natural que nunca ha estado afiliada al SSSI	
Persona natural con asignación de retiro	

	SI	NO
Me encuentro exento(a) de realizar los aportes al SENA y al ICBF		X

NOTA: "Anexo los soportes señalados en el Pliego de Condiciones".

LUIS ALEJANDRO MESA PACHON
REPRESENTANTE LEGAL
C.C No 19.460.972 Bogotá D.C