

FORMATO 3
CERTIFICACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Integrante Care Solutions Colombia SAS

Bogotá D.C. enero 2 de 2024

Señores:

Fiduciaria La Previsora S.A

Calle 72 # 10-03

Ciudad.

Ref.: Invitación abierta No. 002 de 2023

Yo, **Julio Martin De La Torre Gómez**, identificado con Cedula de Ciudadanía No 80.407.808, en mi condición de Representante Legal de **CARE SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S.** identificada con Nit 900.057.739 -4, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Bogotá a los dos (2) días del mes de enero de 2024.

Firma



Nombre o Razón Social del Oferente **CARE SOLUTIONS COLOMBIA S.A.S.**

Nombre del Representante Legal **JULIO MARTIN DE LA TORRE GÓMEZ**

Nit o Cédula de Ciudadanía No **80.407.808**

Nota: Cada uno de los integrantes del Proponente Plural debe suscribir por separado la declaración de la que trata la presente certificación. (Este modelo puede ser modificado a las necesidades del proponente)