CERTIFICACION DE PAGOS DE PARAFISCALES

El suscrito, SANDRA EUFRANYA MALAGÓN GUTIERREZ, identificado con CC 23.782.347, en mi condición de Representante Legal de QUIRÓN UNIDAD MÉDICA S.A.S identificada con Nit 900.849.809-0, de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha.

En constancia de lo afirmado, se suscribe el día 06 de agosto del año 2021

FIRMA: _____

Nombre o Razón Social del proponente: QUIRON UNIDAD MEDICA S.A.S.
NIT 900849809-0
Nombre del Representante Legal: SANDRA EUFRANYA MALAGON GUTIERREZ
C.C. No. 23782347 de Moniquirá Boyacá
Dirección Carrera 49B 93 – 35 La Castellana
Teléfonos: 3138329098 - 3212005640 – 031-69440333
Ciudad: Bogotá D.C.
Correo Electrónico: quironips@gmail.com - juanse3nama@gmail.com