

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 07 de abril 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