ANEXO 3

DECLARACIÓN JURAMENTADA PAGO DE APORTES PARAFISCALES

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A

DECLARACION.

Yo **EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS**, identificada con la cédula de ciudadanía **No.19.100.720** expedida en Bogotá, actuando en nombre y representación de CLINICA DEL OCCIDENTE S.A , sociedad constituida por escritura pública No. 7999 De la Notaría Sexta de Bogotá, debidamente registrada en la Cámara de comercio de Bogotá , , declaro bajo la gravedad de juramento, encontrarme a paz y salvo en el pago de aportes de los empleados, a salud, pensión, riesgos profesionales y aportes a cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y a la fecha de presentación esta propuesta, correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses en los cuales se me causado la obligación de efectuar dichos pagos.

Expedida a los quince (15) días del mes de marzo de 2025.

Firma: _____
Nombre: **EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS**
C. C. No.: 19.100.720 de Bogotá
Dirección: Calle 18 N # 8-59 Avenida Antonio Nariño