CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES
CLÍNICA DE URABA S.A

Apartadó, 28 de Mayo de 2025

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 6
DEPARTAMENTO DE POLICIA URABA
Verada el Reposos-Kilómetro 05 Vía Carepa-Apartado
Apartado-Antioquia

Yo, el suscrito, **JUAN CANCIO RESTREPO GUTIERRREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No.8.260.143, en mi calidad de **Representante Legal** de la sociedad **CLÍNICA DE URABÁ S.A.**, con NIT No. 800.058.856-1, certifico que:

La entidad **CLÍNICA DE URABÁ S.A.,** se encuentra **al día en el pago de los aportes parafiscales obligatorios** correspondientes al **Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)** y **Cajas de Compensación Familiar**, según lo establecido por la legislación colombiana vigente.

Este certificado se expide a solicitud de parte interesada y para los fines legales que estime convenientes.

Atentamente,

JUAN CANCIO RESTREPO GUTIERRREZ
Representante Legal
CLINICA DE URABÁ S.A.S.