CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES
CLÍNICA PROMOTORA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S

Apartadó, 10 de agosto 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, **DUBIAN FERNEY ZULUAGA YEPES**, identificado con cédula de ciudadanía No.71698675 en mi calidad de **Representante Legal** de la sociedad **PROMOTORA CLÍNICA ZONA FRANCA DE URABÁ S.A.S.**, con NIT No. 900.390.423-9, certifico que:

La entidad **CLÍNICA PANAMERICANA**, bajo la razón social **PROMOTORA CLÍNICA ZONA FRANCA DE URABÁ S.A.S.**, 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,

DUBIAN FERNEY ZULUAGA YEPES
Representante Legal
PROMOTORA CLÍNICA ZONA FRANCA DE URABÁ S.A.S.