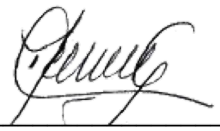
Formato No. 3

Certificación Pago Aportes Parafiscales y Sistemas de Seguridad Social Integral

Fecha 12 de agosto de 2020

Señores:
AERONAUTICA CIVIL
CIUDAD

YO DIANA CAROLINA GUTIERREZ MONSALVE, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.423.185 en calidad de Representante Legal del contratista MEDICINA AERONAUTICA INTEGRAL Y SALUD OCUPACIONAL I.P.S. S.A.S. MAISO I.P.S S.A.S., manifiesto bajo la gravedad del juramento que DIANA CAROLINA GUTIERREZ MONSALVE ha cumplido con las obligaciones a los sistemas de salud, ARL, pensiones y obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de cierre de la presente contratación, y a la fecha se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos.

Firma

Nombre DIANA CAROLINA GUTIERREZ MONSALVE

C.C No 52.423.185

Cargo Médico Certificador

Nota: Lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto 1828 de 2013