BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE 2025

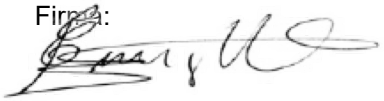
Señores(as)
DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"
Ciudad

Yo, **Mireya Angel Pachón,** identificada con número de cédula de ciudadanía número **51.745.313** de Bogotá, bajo la gravedad de juramento certifico que la suma de **QUINIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE (508.800,00)** soportados en el pago de aportes obligatorios al sistema general de aportes de parafiscales corresponden al mes de NOVIEMBRE del año 2025, son provenientes del contrato de prestación de servicios No. 691-DISANEJC-DMSOC-2025, firmado con el DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ".

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 2271 del 18 de julio de 2009.

Cordialmente,

Firma:



Nombre: Mireya Angel Pachón
C.C. No. 51.745.313 de Bogotá
Contratista