DECLARACIÓN JURAMENTADA PAGO DE APORTES PARAFISCALES

Nombre o razón social del proponente **SINDICATO DE TRABAJADORES PROFESIONALES DE LA SALUD "SINTRAS"**

DECLARACION.

Yo **CLAUDIA PATRICIA MORENO RUANO**, identificada con la cédula de ciudadania **No. 34.570.404** expedida en la ciudad de Popayán, actuando en nombre y representación del sindicato de TRABAJADORES PROFESIONALES DE LA SALUD SINTRAS agremiación sindical con registro 013 del 27 de octubre del 2010 ante el Ministerio de Trabajo. Declaro bajo la gravedad de juramento, encontrarme a paz y salvo en el pago de aportes de los afiliados participes por concepto de salud, pensión, riesgos profesionales y a la fecha de presentación esta propuesta, correspondientes a la compensación de los últimos seis (6) meses en los cuales se me ha causado la obligación de efectuar dichos pagos

Expedida en el mes de octubre de 2026.

Firma: Claudia Patricia Moreno R