CERTIFICADO DE VINCULACION DE TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD

(Decreto 2250/2017- Articulo 383 E.T; Mod. Art. 42 Ley 2010/2019- Articulo 1 Decreto 1808 /2019, -)

FAVOR DILIGENCIAR A MANO POR QUIEN INFORMA

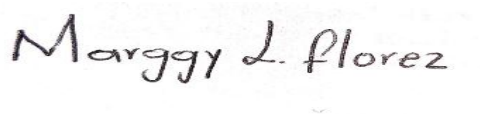
Yo, Marggy Lorena Flórez Jaramillo con documento de identificación No**.** 1107078614

INFORMO QUE:

Estoy vinculado al Municipio Santiago de Cali, hasta el 31 de Diciembre de 2021 mediante Contrato por prestación de servicios y para efectos de la retención en la fuente, aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por HONORARIOS, NO (X) SI ( ) tengo contratados o vinculados hasta 1 persona, por un tiempo INFERIOR ( ) SUPERIOR ( ) a 89 días continuos o discontinuos como trabajadores asociados a la actividad desarrollada en cumplimiento de mi contrato.

Estoy vinculado al Municipio Santiago de Cali, hasta el 31 de Diciembre de 2021 Mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la retención en la fuente, aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por COMPENSACION POR SERVICIOS PERSONALES, NO (X) SI ( ) tengo Contratados o vinculados hasta 2 personas, como trabajadores asociados a la actividad desarrollada en cumplimiento de mi contrato.

CIUDAD Y FECHA- Santiago de Cali, 12 de Noviembre de 2021

FIRMA: 

ORGANISMO: Secretaria de Salud Pública Municipal

CERTIFICADO DE CONTRATOS CON ENTIDADES PUBLICAS

(CONCEPTOS DIAN 100208221 -513 Y 530 DE MAYO 2020)

Yo, Marggy Lorena Flórez Jaramillo con documento de identificación No 1107078614

MANIFIESTO QUE:

Estoy vinculado al Municipio Santiago de Cali, desde el 13 de Septiembre de 2021 hasta el 31 de Diciembre de 2021 mediante contrato por prestación de servicios No No.4145. 010.26.1.1702 del organismo Secretaria de Salud Pública Municipal y el No. ----------del organismo ---------- y bajo gravedad de juramento manifiesto que NO (X) SI ( ) tengo otro (s) contrato (s) de prestación de servicios con otra(s) entidad (es) de naturaleza pública.

"En caso de que su respuesta anterior sea (SI) favor diligencie la siguiente información"

NOMBRE ENTIDAD PUBLICA CONTRATANTE	**VALOR CUOTA, PAGO/ ABONO EN CUENTA MENSUAL**

CIUDAD Y FECHA Santiago de Cali, 12 de Noviembre de 2021

FIRMA Marggy L. florez

ORGANISMO Secretaria de Salud Pública Municipal