CERTIFICADO DE CONTRATOS CON ENTIDADES PUBLICAS

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

Yo, PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA con documento de identificación No. 1.143.849.703 Cali

MANIFIESTO QUE:

Estoy vinculado al Municipio Santiago de Cali, desde el 18 de julio de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022 mediante contrato por prestación de servicios No. 4145.010.26.1.1405-2022 del organismo Secretaría Distrital de Salud de Cali 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**

"Este documento solo será diligenciado por los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2022 "

CIUDAD Y FECHA: Cali, agosto 11 de 2022

FIRMA Paola Andrea Rivas O.

ORGANISMO Secretaría Distrital de Salud Cali