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, Noviembre 08 de 2022

FIRMA Paola Andrea Rivas O.

ORGANISMO Secretaría Distrital de Salud Cali