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 09 de junio de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023 mediante contrato por prestación de servicios No. 4145.010.26.1.0551-2023 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 junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2023"

CIUDAD Y FECHA: Cali, noviembre 07 de 2023

FIRMA Paola Andrea Rivas O.

ORGANISMO Secretaría Distrital de Salud, Cali