CUENTA DE COBRO No. 03

LUGAR Y FECHA: Bogotá, D.C. ABRIL 2023

DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO
CENTRO DE REHABILITACION HOSPITALARIO CRH
NIT- 901540992-6
CARRERA 46 No 20 B 99
Bogotá, D.C.

Debe a:

ANA MARIA OJEDA GONZALEZ
CC. No 1.014.306.631
Celular 316 5643543

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las obligaciones específicas, descritas en el contrato de Prestación de Servicios Profesionales No**.142-DISANEJC/DMSOC-2023**, me permito elevar la presente Cuenta de Cobro correspondiente al mes de **ABRIL 2023** por la suma de ($ 1.371.347.00) UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE cuyo valor solicito sea abonada a mi cuenta bancaria Ahorros

Así mismo, declaro voluntariamente bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983. No estoy obligado a expedir factura de venta.

Conforme a las disposiciones en materia administrativa de la Dirección de Sanidad Ejercito - Dispensario Médico Sur Occidente, anexo a la presente constancia de los aportes al Sistema de Seguridad Social Colombiano, así como, el Certificado de Aportes.



ANA MARIA OJEDA GONZALEZ
CC. No 1.014.306.631
CRA 105 A # 70 D 78