CUENTA DE COBRO No.04

LUGAR Y FECHA: Medellín ABRIL de 2025

La

DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MÉDICO MEDELLIN
NIT- 901541037-1
CARRERA 77C N° 51-136 LOS COLORES
MEDELLIN

Debe a:
LUISA FERNANDA ALVAREZ GONZALEZ
CC. **1.007.238.682** de **MEDELLIN**
Celular 3002524875

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. **028-DMMED-2025**, me permito elevar la presente Cuenta de Cobro correspondiente al mes de **ABRIL DE 2025**, por la suma de **DOS MILLONES SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE ($2.078.000,00),** cuyo valor solicito sea abonada a mi cuenta bancaria (Ahorros) N° **01500051104** de **BANCOLOMBIA**

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 Medellín, anexo a la presente constancia de los aportes al Sistema de Seguridad Social Colombiano.

Luisa Fda Alvarez

PS. **LUISA FERNANDA ALVAREZ GONZALEZ**
CC. **1.007.238.682**