LUGAR Y FECHA: BOGOTA D, C, **AGOSTO** DE 2025

SEÑORES:
DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE ‘’HEROES DE SUMAPAZ’’
BOGOTA D.C

Yo, **PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ,** identificado con CC N° 1.192.804.570 de Bogotá D.C., bajo la gravedad de juramento certifico que los **$441.000**, soportados en el pago de aportes obligatorios al sistema general de aportes de parafiscales corresponden al mes de **JULIO** del año 2025, son ingresos provenientes de mis ahorros personales.

LO ANTERIOR EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO N° 2271 DEL 18 JULIO DE 2009.

ATENTAMENTE,

PAULA DANIELA MONCADA HERNANDEZ
CC. 1.192.804.570 de Bogotá D.C.