Bogotá, 16/04/2020

# CUENTA DE COBRO

# TODO EN SALUD IPS SAS

# DEBE A:

# DIANA MARIA DIAZ MARTINEZ

Por conceptos de prestación de servicios de la fecha de 01 / 04 / 2020 al\_15\_/\_04 \_/2020 para un valor a deber de$ 320.000 (trescientos veinte mil Pesos)

Autorizo para que el valor de esta cuenta cobro se aplique las retenciones a las que haya lugar en este caso Rete Ica a la tarifa9.66

En caso de no tener contrato de prestación de servicios autorizo la retención en la fuente que aplique.

El valor de esta cuenta de cobro deseo que sea Cancelado en la siguiente cuenta de Davivienda:

 Cuenta de Ahorros N°:

 Cuenta Corriente N°:

 Daviplata N°: 3017446151

Muchas Gracias

Cordialmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Diana María Díaz Martínez

Cc: 1033679842

Dirección: transversal 18 M # 93 – 28 Sur

Teléfono:7225472

Bogotá \_01\_//2018

#  CUENTA DE COBRO

# TODO EN SALUD IPS SAS

# DEBE A:

# ¿??????????

Por conceptos de prestación de servicios de lafechade16 // 2019 al//2019 para un valor a deber de$ 630.000 (Seiscientos sesenta mil Pesos)

Autorizoparaqueelvalordeestacuentacobroseapliquelasretencionesalasque haya lugar en este caso Rete ica a la tarifa9.66

En caso de no tener contrato de prestación de servicios autorizo la retención en la fuente que aplique.

ElvalordeestacuentadecobrodeseoqueseaCanceladoen la siguiente cuenta de Davivienda:

 Cuenta de Ahorros No :

 Cuenta Corriente No

Daviplata No

Muchas Gracias

Cordialmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

Cc:

Dirección:

Teléfono: