NOMBRE Y APELLIDOS:

CARGO:

DIRECCIÓN:

Cuenta de cobro No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: PALMIRA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FUNDACION HOGAR GERIATRICO TU CASA

NIT: 901071999

Debe a

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

C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La suma de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ($\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) la cual corresponde a \_\_\_\_\_ TURNOS DÍA y \_\_\_\_\_ TURNOS NOCHE, realizados para la atención y cuidado del adulto mayor, se firma en Palmira, el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

Firma

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

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota: En virtud de lo contemplado en el art 616-2 del ET, quienes sean responsable del IVA en el régimen simplificado no están obligados a expedir factura de venta por la ventas de bienes o prestación de servicios que realicen):