

23/7/2018

Formato de Recaudo



CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL CON DESTINO AL TURISMO  
PATRIMONIO AUTÓNOMO - FONDO NACIONAL DE TURISMO - FONTUR  
LEY 1558 - 2012



1. Nombre o Razon Social del Aportante ELENA RODRIGUEZ DIZ		2. Documento de Identificación NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E No. 26116192		3. Año 2018	Trimestre 1	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd)
4. Dirección del Aportante CALLE CENTRAL CRA 15A- 07		5. Telefono del Aportante 3135741689		6a. Departamento CORDOBA		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)
7. Nombre del Establecimiento HOSPEDAJE BRENDA		9. Clase Establecimiento 01		11. Departamento CORDOBA		
8. N°. Registro Nat. Turismo 53358		10. Ciudad o Municipio SAN ANTERO		11. Departamento CORDOBA		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)
13. Forma de Pago <input type="checkbox"/> Cheque <input checked="" type="checkbox"/> Efectivo		13. Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá		14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)		5,000,000
18. Nombres y Firmas (De conformidad con el artículo 6 del Decreto 1036 de 2007, cuando se trate de personas jurídicas la declaración privada debe estar firmada por el representante legal y contador público o el representante legal y contador público o el representante legal y contador público o el representante legal y contador público)		Cta Cte. No. 062-91261-3		15. Liquidación Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)		12,000
Declarante <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Número TP		Revisor Fiscal <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Número TP		16. Interés de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)		1,000
19. Valor del Pago (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)		20. Valor del Pago (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)		17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1,000 más cercano)		13,000



(4-15)00000100050002(80-20)201807230722234998(39000)0000001300049620180731

Imprima TRES (3) copias: 1. Banco 2. Fiduciaria 3. Cliente  
ESTE FORMULARIO ES COMPLEMENTAMENTE GRATUITO



23/7/2018

Formato de Recaudo


**CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL CON DESTINO AL TURISMO**  
 PATRIMONIO AUTÓNOMO - FONDO NACIONAL DE TURISMO - FONTUR  
**LEY 1558 - 2012**



1. Nombre o Razón Social del Aportante ELENA RODRIGUEZ DIZ		2. Documento de Identificación NIT: C.C. C.E No. 26116192		3. Año 2017	Trimestre 4	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2018-07-31
4. Dirección del Aportante CALLE CENTRAL CRA 15A-07		5. Teléfono del Aportante 3135741889	6. Ciudad SAN ANTERO	6a. Departamento CORDOBA		
7. Nombre del Establecimiento HOSPEDAJE BRENDA		8. N° Registro Nal. Turismo 53358	9. Clase Establecimiento 01	11. Departamento CORDOBA		
13. Forma de Pago Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo <input checked="" type="checkbox"/>		14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos contables el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 5.000.000				
15. Liquidación Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 12.000		16. Interés de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 2.000				
17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 14.000		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 5.000.000				

18. Nombres y Firmas (De conformidad con el artículo 6 del Decreto 1036 de 2007 cuando se trate de personas jurídicas la declaración privada debe estar firmada por el representante legal y contador público o revisor fiscal en los casos que exista obligación fiscal de tenerlo)

Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A.  
**FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS NIT. 900649119-9**

Declarante: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_  
 Número TP: \_\_\_\_\_

Revisor Fiscal: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_  
 Número TP: \_\_\_\_\_

Contador: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Identificación: \_\_\_\_\_  
 Número TP: \_\_\_\_\_

  
 (4-15)000000050002(8020)2018073072234897(3800)00000014000(89)20180731

Imprima TRES (3) copias: 1. Banco 2. Fiduciaria 3. Cliente  
 ESTE FORMULARIO ES COMPLETAMENTE GRATUITO