



CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL CON DESTINO AL TURISMO

PATRIMONIO AUTÓNOMO - FONDO NACIONAL DE TURISMO - FONTUR

LEY 1558 - 2012



1. Nombre o Razon Social del Aportante FREDY ORLANDO RUEDA ARDILA		2. Documento de Identificación NIT CC C.E No 135407334			3. Año 2018	Trimestre 4	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-01-31	
4. Dirección del Aportante CARRERA 11 11-07		5. Teléfono del Aportante 7244817	6. Ciudad SAN Gil		8a. Departamento SANTANDER		12. Base Gravable (en caso de ingresos ocasionales se debe declarar por adelantado el monto de 1.000.000 colombianos) 10.045.000	
7. Nombre del Establecimiento GRAN HOTEL EL VIAJERO	8. N° Registro Nat. Turismo 3095	9. Clase Establecimiento 01	10. Ciudad o Municipio SAN Gil		11. Departamento SANTANDER			
13. Forma de Pago <input checked="" type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo Favor girar cheque a nombre de Fiducias - FA FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS NI: 900649119-9		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cta. No. 062-91261-3			14. Total Base Gravable (en caso de ingresos ocasionales se debe declarar por adelantado el monto de 1.000.000 colombianos) 10.045.000			
					15. Liquidación Prima (en caso de ingresos ocasionales se debe declarar por adelantado el monto de 1.000.000 colombianos) 25.000			
					16. Interés de Mora (en caso de ingresos ocasionales se debe declarar por adelantado el monto de 1.000.000 colombianos) 0			
					17. Total Pagado (en caso de ingresos ocasionales se debe declarar por adelantado el monto de 1.000.000 colombianos) 25.000			

18. Nombres y Firmas (De conformidad con el artículo 6 del Decreto 1030 de 2007 cuando se trate de personas jurídicas la declaración por este medio debe estar firmada por el representante legal y contador público o receptor fiscal en los casos que exista obligación fiscal de tenerlo)

Declarante Nombre Identificación	<i>Fredy Orlando Rueda Ardila</i> <i>Fredy Orlando Rueda</i> <u>13.540.733</u>	Revisor Fiscal Nombre Identificación Número TP	_____ _____ _____ _____	Contador Nombre Identificación Número TP	_____ _____ _____ _____
--	--	---	----------------------------------	---	----------------------------------



Imprima TRES (3) copias: 1 Banco 2 Fiduciaria 3 Cliente

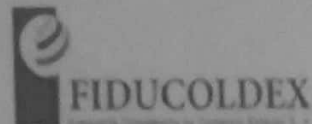
ESTE FORMULARIO ES COMPLETAMENTE GRATUITO



CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL CON DESTINO AL TURISMO

PATRIMONIO AUTÓNOMO - FONDO NACIONAL DE TURISMO - FONTUR

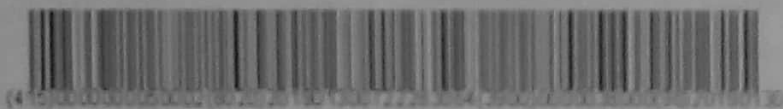
LEY 1558 - 2012



1. Nombre o Razon Social del Aportante		2. Documento de Identificación		3. Año	Trimestre	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd)	
MARIA ISABEL GUEVARA		<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. No. 63563516		2018	4		
4. Dirección del Aportante		5. Telefono del Aportante	6. Ciudad	6a. Departamento		2018-01-30	
CALLE 6-9-83		7248795	SAN Gil	SANTANDER			
7. Nombre del Establecimiento	8. N°. Registro Nat. Turismo	9. Clase Establecimiento	10. Ciudad o Municipio	11. Departamento		12. Base Gravable <small>(de ser caso de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)</small>	
HOTEL ABRA	4739	01	SAN Gil	SANTANDER		15.169.000	
13. Forma de Pago			Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cte. No. 062-91261-3		14. Total Base Gravable <small>(de ser caso de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)</small>		
<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo					15. Liquidación Privada <small>(de ser caso de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)</small>		38.000
Favor girar cheque a nombre de FiducolDEX - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS N°. 900649119-9					16. Interés de Mora <small>(de ser caso de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)</small>		0
					17. Total Pagado <small>(de ser caso de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)</small>		38.000

18. Nombres y Firmas (De conformidad con el artículo 6 del Decreto 1026 de 2007 cuando se trate de personas jurídicas la declaración privada debe estar firmada por el representante legal y contador público o sus apoderados, en los casos que corresponda según el artículo 6 del Decreto 1026 de 2007)

Declarante	<i>Maria Isabel Guevara</i>	Revisor Fiscal	_____	Contador	_____
Nombre	<i>Maria Isabel Guevara</i>	Nombre	_____	Nombre	_____
Identificación	<i>63563516</i>	Identificación	_____	Identificación	_____
		Numero TP	_____	Numero TP	_____



Imprima TRES (3) copias: 1. Banco 2. Fiduciaria 3. Cliente

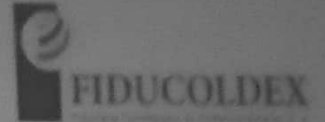
ESTE FORMULARIO ES COMPLETAMENTE GRATUITO



CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL CON DESTINO AL TURISMO

INTRINSECO AUTONÓMICO - FONDO NACIONAL DE TURISMO - FONTUR

LEY 1588 - 2012



1. Nombre o Razón Social del Aportante CLALEDA RODRIGUEZ AREDA		2. Documento de Identificación <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. 37866730		3. Año 2018	Trimestre 4	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-01-30
4. Dirección del Aportante CARRERA 11 #5-72		5. Teléfono del Aportante 7244627	6. Ciudad SAN OL	7a. Departamento SANTANDER		
7. Nombre del Establecimiento HOTEL MIRAMAR	8. N°. Registro Nal. Turismo 4183	9. Clase Establecimiento 01	10. Ciudad o Municipio SAN OL	11. Departamento SANTANDER		12. Base Gravable (C) en caso de registro operativado el año base del aportante el monto de 1.000.000.000
13. Forma de Pago <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo Favor por cheque a nombre de FiducolDEX - RA FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS NÚM. 900649119-0		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta. Cta. No. 962-01261-0		14. Total Base Gravable (C) en caso de registro operativado el año base del aportante el monto de 1.000.000.000	5.036.000	
				15. Liquidación Privada (C) en caso de registro operativado el monto de 1.000.000.000	13.000	
				16. Interés de Mora (C) en caso de registro operativado el monto de 1.000.000.000	0	
				17. Total Pagado (C) en caso de registro operativado el monto de 1.000.000.000	13.000	

18. Nombres y Firmas (De conformidad con el artículo 6 del Decreto 1038 de 2007 cuando se trate de personas jurídicas se debe indicar por una sola línea el nombre completo del representante legal y el cargo)

Declarante Nombre Identificación	<u>Claudia Rodríguez Areda</u> <u>Claudia R. Rodríguez A.</u> <u>37866730</u>	Revisor Fiscal Nombre Identificación Número TP	_____ _____ _____ _____	Concedor Nombre Identificación Número TP	_____ _____ _____ _____
--	---	---	----------------------------------	---	----------------------------------

Imprima TRES (3) copias : 1. Banco 2. Fiduciaria 3. Cliente

ESTE FORMULARIO ES COMPLETAMENTE GRATUITO

