


1. Nombre o Razon Social del Aportante JOSE ALBERTO CASTRILLON MARTINEZ		2. Documento de Identificacion <input checked="" type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E No. 7495566		3. Año 2018	Trimestre 2	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-02-22
4. Direccion del Aportante CARRERA 15 19-38		5. Telefono del Aportante 3177850056	6. Ciudad ARMENIA	6a. Departamento QUINDIO		
7. Nombre del Establecimiento HOTEL LEDA	8. N°. Registro Nal. Turismo 18040	9. Clase Establecimiento 01	10. Ciudad o Municipio ARMENIA	11. Departamento QUINDIO		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 15,867,000
13. Forma de Pago <input checked="" type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS Nit. 900649119-9		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cte. No. 062-91261-3		14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 15,867,000		
				15. Liquidacion Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 40,000		
				16. Interes de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 6,000		
				17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 46,000		

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)

Declarante: Jose Alberto Castillon
Nombre: JOSE ALBERTO CASTRILLON
Identificación: 7495566

Revisor Fiscal: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Número TP: _____

Contador: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Número TP: _____



(415)000000050002(8020)201902220722289699(3900)0000046000(96)20190222

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


1. Nombre o Razon Social del Aportante JOSE ALBERTO CASTRILLON MARTINEZ		2. Documento de Identificacion <input checked="" type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E No. 7495566		3. Año 2018	Trimestre 4	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-02-22
4. Direccion del Aportante CARRERA 15 19-38		5. Telefono del Aportante 3177850056	6. Ciudad ARMENIA	6a. Departamento QUINDIO		
7. Nombre del Establecimiento HOTEL LEDA	8. N°. Registro Nal. Turismo 18040	9. Clase Establecimiento 01	10. Ciudad o Municipio ARMENIA	11. Departamento QUINDIO		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 16,839,000
13. Forma de Pago <input checked="" type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS Nit. 900649119-9		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cte. No. 062-91261-3		14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 16,839,000		
				15. Liquidacion Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 42,000		
				16. Interes de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 1,000		
				17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 43,000		

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)

Declarante: Jose Alberto Castillon
Nombre: JOSE ALBERTO CASTRILLON
Identificación: 7495566

Revisor Fiscal: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Número TP: _____

Contador: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Número TP: _____



(415)000000050002(8020)201902220722280134(3900)0000043000(96)20190222

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 Razón Social del Aportante		2. Documento de Identificación		3. Año	Trimestre	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd)	
JOSE ALBERTO CASTRILLON MARTINEZ		<input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. No. 7495566		2018	1		
4. Dirección del Aportante		5. Teléfono del Aportante	6. Ciudad	6a. Departamento		2019-02-15	
CARRERA 15 19-38		3177850056	ARMENIA	QUINDIO			
7. Nombre del Establecimiento	8. N°. Registro Nal. Turismo	9. Clase Establecimiento	10. Ciudad o Municipio	11. Departamento		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)	
HOTEL LEDA	18040	01	ARMENIA	QUINDIO		14,998,000	
13. Forma de Pago		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cte. No. 062-91261-3				14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)	14,998,000
<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo						15. Liquidación Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)	37,000
Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS Nit. 900649119-9						16. Interés de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)	8,000
						17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano)	45,000

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)

Declarante
Nombre _____
Identificación _____

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


1. Nombre o Razon Social del Aportante JOSE ALBERTO CASTRILLON MARTINEZ		2. Documento de Identificacion <input checked="" type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E No. 7495566		3. Año 2018	Trimestre 3	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-02-22
4. Direccion del Aportante CARRERA 15 19-38		5. Telefono del Aportante 3177850056	6. Ciudad ARMENIA	6a. Departamento QUINDIO		
7. Nombre del Establecimiento HOTEL LEDA	8. N°. Registro Nal. Turismo 18040	9. Clase Establecimiento 01	10. Ciudad o Municipio ARMENIA	11. Departamento QUINDIO		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 17.349.000
13. Forma de Pago <input checked="" type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS Nit. 900649119-9		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cte. No. 062-91261-3		14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 17.349.000	15. Liquidacion Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 43.000	
				17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 17.349.000		

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 existá obligación fiscal de tenerlo)

Declarante: Jose Alberto Castillon
 Nombre: JOSE ALBERTO CASTILLON
 Identificación: 7495566

Revisor Fiscal: _____
 Nombre: _____
 Identificación: _____
 Número TP: _____

Contador: _____
 Nombre: _____
 Identificación: _____
 Número TP: _____



(4-15)000000050002(8920)201902220722289702(3900)0000047000(96)20190222

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


1. Nombre o Razon Social del Aportante JOSE ALBERTO CASTRILLON MARTINEZ		2. Documento de Identificacion <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. No. 7495566		3. Año 2018	Trimestre 1	Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-02-15
4. Direccion del Aportante CARRERA 15 19-38		5. Telefono del Aportante 3177850056	6. Ciudad ARMENIA	6a. Departamento QUINDIO		
7. Nombre del Establecimiento HOTEL LEDA	8. N°. Registro Nal. Turismo 18040	9. Clase Establecimiento 01	10. Ciudad o Municipio ARMENIA	11. Departamento QUINDIO		12. Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 14,998,000
13. Forma de Pago <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS Nit. 900649119-9		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Cta Cte. No. 062-91261-3		14. Total Base Gravable. (Si se trata de ingresos operacionales el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 14,998,000		
				15. Liquidacion Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 37,000		
				16. Interes de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 8,000		
				17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 45,000		

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)

Declarante: *Jose Alberto Castillon*
Nombre: JOSE ALBERTO CASTILLON
Identificación: 7495566

Revisor Fiscal: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Número TP: _____

Contador: _____
Nombre: _____
Identificación: _____
Número TP: _____



(4150000000050002(8020)201902140722289693(3900)0000045000(98)20190215)

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



15/02/2019 15:22:34 Cajero jvalengo
Oficina: 5401 - ARMENIA SUCURSAL
Terminal: B5401CJ0426C Operación: 48163279
Transacción: **DEPOSITO AHO SIN TALONARIO**
Valor: **\$19,000.00**
Costo de la transacción: \$12,000.00
Iva del Costo: \$2,280.00
GMF del Costo: \$57.00
Numero de Cuenta: 400702127333
Titular: PATRIM AUTON FDO NAL TURISMO F
Efectivo: \$19,000.00

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registro correctamente en el computador. Si no esta de acuerdo informele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comunicarse en Bogotá al 5948500 resto del pais al 018000915000