

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado	Valor del pago
Aprobado	\$ 924.000,00

Número de aprobación	Motivo
00838040	Pago Liq No.334976 A?o 2019 Trim. 1.

Fecha del pago	Referencia 1
27/04/2019	192.168.2.10

Hora del pago	Referencia 2
11:31 AM	IDC

Número de producto origen	Referencia 3
*****2239	900127817

Destino del pago	Código único CUS
Patrimonio Autonomo Fondo Nacional del Turismo	439838040



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



FIDUCOLDEX
Módulo Operativo de Cobro Turismo S.A.

1. Nombre o Razón Social del Aportante GRUPO ALIANZA CARIBE SAS		2. Documento de Identificación <input type="checkbox"/> NIT, <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E No. 900127817		3. Año 2019		Trimestre 1		Fecha del Pago (aaaa-mm-dd) 2019-04-26	
4. Dirección del Aportante AVDA CRA 58 NO 127 59 LOCAL 253		5. Teléfono del Aportante 4322202		6. Ciudad BOGOTÁ, D.C.		6a. Departamento BOGOTÁ			
7. Nombre del Establecimiento GRUPO ALIANZA CARIBE SAS		R. N° - Registro Nat. Turismo 60466		9. Clase Establecimiento 03		10. Ciudad o Municipio BOGOTÁ, D.C.		11. Departamento BOGOTÁ	
13. Forma de Pago <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo		Sistema Nacional de Recaudo Banco de Bogotá Banco Agrario		14. Total Base Gravable (El total de ingresos operacionales, el valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 369.669,000		15. Liquidación Privada (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 524,000		16. Interés de Mora (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 0	
Favor girar cheque a nombre de Fiducoldex - P.A. FIDUCOLDEX FONTUR RECAUDOS NIT. 900649719-9				17. Total Pagado (El valor debe ser aproximado al múltiplo de 1.000 más cercano) 524,000					

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 _____
--	---	---

(415)77039398888487930200000334976(8020)09001278171901(3900)0000924000(9/9)20190430

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

