# ESTACIÓN DE SERVICIO
# LA PAZ

EUTIMIO CASTRO RAMÍREZ
**19.134.052-8 - REGIMEN COMUN**

ENTRADA DE FILANDIA - TELÉFONO: 758 20 97

**TODA CLASE DE LUBRICANTES**

NIT= 800-140 986-9

**FACTURA DE VENTA**
**Nº E 8058**

Fecha, 8-OCTUBRE-2019

Señor PONAL. Cédula

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| | ACEITE | | |
| | ACEITE | | |
| | ACEITE | | |
| | ACEITE | | |
| | GRASA | | |
| | AGUA BATERIA | | |
| | LÍQUIDO DE FRENOS | | |
| | AMBIENTADOR | | |
| | CREMA | | |
| | VALVULINA | | |
| | HIDRÁULICO | | |
| | ADITIVOS | | |
| | OTROS | | |
| 153-1006 GASOLINA | | 9.719= | 1'487.985 |
| | SUB TOTAL | | |
| | BASE IVA | | |
| RECIBÍ | IVA | | |
| | TOTAL | | 1'487.985= |
| | | | |

Impreso por: ALFA GRAFICAS M. Liliana Hurtado R. NIT. 24.499.715-7 Cel. 316 6175849

Yo, _____ debo y pagaré en esta ciudad a Estación de Servicio La Paz a su orden o a quien sus derechos represente en el término de días excusado el protesto conforme al art. 113 de la Ley 46 de 1923 a su presentación la suma de que trate este documento

Nº de Formulario DIAN 18762014174208 Fecha: **2019-04-24** Vigencia **18 meses**
Prefijo **E** - Desde el Nº **7572** hasta el Nº **9000** - **HABILITACIÓN**

# ESTACION DE SERVICIOS LA PAZ - FILANDIA QUINDIO

## CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES

**EUTIMIO CASTRO RAMIREZ**

**CERTIFICA:**

Que a la fecha me encuentro a paz y salvo por concepto al pago de los Aportes Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto de Bienestar Familiar).

Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramento, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva.

Para constancia de esta, se firma en Filandia Quindío a los diez (10) días del mes de Octubre de 2019, con el fin de dar cumplimiento a lo expuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Cordialmente

REPRESENTANTE LEGAL

**EUTIMIO CASTRO RAMIREZ**
C.C. No. 19.134.052

**PLANILLA PARA PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BANCO AGRARIO**
**RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA**

Banagrario

ASOPAGOS S.A.

| | |
|---|---|
| **Razón social** | EUTIMIO CASTRO RAMIREZ |
| **Identificación** | NI-19134052 |
| **Código dependencia o sucursal** | 0 |
| **Nombre dependencia o sucursal** | EUTIMIO CASTRO RAMIREZ |
| **Fecha de generación del reporte** | 2019-09-25 |
| **Período pensión** | 201908 |
| **Período salud** | 201909 |

**Digite el número de planilla de acuerdo a la fecha en que el aportante realice el pago**

**Número de identificación**

**19134052**

**Período pensión**

**201908**

**Cantidad de registros**

**29**

| Fecha límite de pago | Número de planilla | Total a pagar | Total seguridad social | Valor transacción financiera | Tipo de planilla | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019-09-26 | 8651537699 | $1.538.700 | $1.538.700 | $0 | E | Lista para pago en banco |

(415)7709998013483(8020)8651537699802000019134052201908390000015387009620190926

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800- 8

25/09/2019 12:06:36 Cajero: briosmel

Oficina: 5445 - FILANDIA
Terminal: B5445CJ0426N Operación: 7847806

Transacción: **RECAUDO DE CONVENIOS**

| | |
|---|---|
| Valor: | $1,538,700.00 |
| Costo de la transacción: | $0.00 |
| Iva del Costo: | $0.00 |
| GMF del Costo: | $0.00 |

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8651537699
Ref 2: 00019134052201908

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

aportante

antizar un mejor servicio, Asopagos le diligenciar la siguiente información

onsignante _____

. _____

o _____

Pagado _____

CLIENTE