

501

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

BANCO COMERCIAL

<b>TÍTULO IDENTIFICACIÓN</b> NOMBRE A SALUD SOCIAL CÉDULA DE IDENTIDAD DIRECCIÓN TIPO EMPRESA FORMA DE PRESENTACIÓN		<b>CIUDAD DE GUAYAS</b> <b>NOMBRE</b> <b>FECHA DE DEPARTAMENTO</b> <b>CIA 3</b> <b>TELÉFONO</b> <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA</b> <b>UNICO</b>		<b>FECHA DE PRESENTACIÓN</b> <b>PAID APORTES SALUD SOCIAL E ICBF RETORNA TRIUNFANTE</b>	
<b>FECHA DE PRESENTACIÓN</b> <b>PAID APORTES SALUD SOCIAL E ICBF RETORNA TRIUNFANTE</b>		<b>FECHA DE PRESENTACIÓN</b> <b>PAID APORTES SALUD SOCIAL E ICBF RETORNA TRIUNFANTE</b>		<b>FECHA DE PRESENTACIÓN</b> <b>PAID APORTES SALUD SOCIAL E ICBF RETORNA TRIUNFANTE</b>	

CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PRESENTACIÓN	FECHA DE PAGO	FECHA DE AUTORIZACIÓN
00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000

CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PRESENTACIÓN	FECHA DE PAGO	FECHA DE AUTORIZACIÓN
00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000

CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PRESENTACIÓN	FECHA DE PAGO	FECHA DE AUTORIZACIÓN
00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000

CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PRESENTACIÓN	FECHA DE PAGO	FECHA DE AUTORIZACIÓN
00000	00000	00000	00000	00000	00000
00000	00000	00000	00000	00000	00000

TOTAL \$ 452,200