



<b>01 N° R.I.F.</b>	<b>NOMBRE CONTRIBUYENTE O RAZON SOCIAL</b>
J404388338	GRUPO ODONTOLOGICO SAUDE DENTAL 2014 C.A.

N° DECLARACIÓN				PERÍODO DE PAGO		FECHA VENCIMIENTO	PORCIÓN
				DESDE	HASTA		
888	99026	777	2200131231	01/01/2021	31/12/2021	25/02/2022	1 DE 1

PLAN ÚNICO DE CUENTA		
CÓDIGO N°	DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO	91 MONTO EN Bs.
303010111	IMPUESTO SOBRE LA RENTA OTRAS PERSONAS JURIDICAS	47,20

PARA SER LLENADO POR EL CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL

23 FORMA DE PAGO		
EFFECTIVO	CHEQUE DE GERENCIA	
C.E.R.T.	BONOS DE EXPORTACIÓN	BONOS DEUDA PUBLICA

<b>CIUDAD:</b>	<b>FIRMA PAGADOR:</b>

VALIDACIÓN TERMINAL BANCO RECEPTOR