INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**		$ 1751220
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9439273932			
2022	**AGOSTO**	**2022**	**09**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud					COMPENSAR		$ 125000	$ 125000
ARL				3	COLMENA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 290220**	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	920163821

Esneider Salamanca

ESNEIDER SALAMANCA VIANA
1151436454

Diana Fernández
Enfermera
Universidad Nacional
C.C. 1.0[illegible]4002

DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

Escaneado con CamScanner