Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEIDY PAOLA SALGADO RIVERA
No. Identificación: CC1077975755
Dirección: MAZ S CASA 12
Telefono: 8447525
Correo: psalgadorivera98@gmail.com
Ciudad: VILLETA
Número de Planilla: 8374802193

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEIDY PAOLA SALGADO RIVERA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1077975755	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2024
Número de planilla	8374802193	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2024
Fecha pago	2024-03-16	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1000000084	**Total Pagado**	378500
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	1200

PAGADA
8374802193

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
230301	Porvenir	208600	1
EPS005	Sanitas EPS	163000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1077975755
APELLIDOS Y NOMBRES: LEIDY PAOLA SALGADO RIVERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información