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

Señor(a): SALOME VALERIA HERRERA LEIVA
No. Identificación: CC1136889355
Dirección: CARRERA 27 NO 4 A - 34
Telefono: 1234567
Correo: SALOHERRERA2110@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8375894348

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SALOME VALERIA HERRERA LEIVA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1136889355	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2024
Número de planilla	8375894348	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2024
Fecha pago	2024-04-01	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	75894348	**Total Pagado**	370500
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8375894348

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	208000	1
EPS002	Salud Total EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1136889355
APELLIDOS Y NOMBRES: SALOME VALERIA HERRERA LEIVA

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
EPS002	230301	1300000	1300000	0	0	162500	0	208000	0	0	0

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