| CONSORCIO SIAMED<br>NIT 902.002.242 - 7 | COMPROBANTE PAGO NOMINA |
|---|---|

TRABAJADOR CODIGO: 1

**Jorge Eliecer Torres Rojas**

**PERIODO DE PAGO:**

Del 1 al 30 de Abril de 2026

## DEVENGADO POR:

| | |
|---|---|
| SUELDO | 7.950.000 |
| AUXILIO DE TRANSPORTE | 0 |
| AUXILIO COMPUTADOR | 0 |
| INTERESES A LAS CESANTIAS | 0 |
| **TOTAL DEVENGADO** | **$7.950.000** |

## DEDUCCIONES:

| | |
|---|---|
| APORTES SALUD | 318.000 |
| APORTES PENSION | 318.000 |
| **TOTAL DEDUCCIONES** | **$636.000** |

Recibí a satisfacción y acepto en todas sus partes este pago.

**NETO PAGADO** **$7.314.000**

**Firma y CC. Del trabajador**

**Sello**

**Original**