

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Société PREMIDIS Sarl

Id. Nat 5-9-N42250C

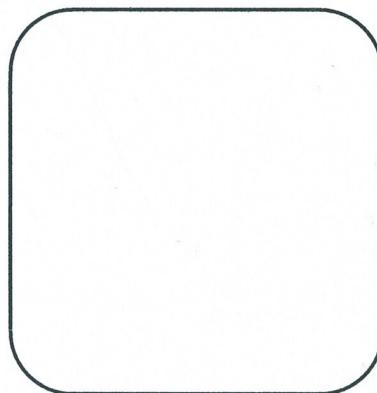
FICHE D'AGENT AYANT DROIT AUX SOINS MEDICAUX

Nom de l'Agent :

FATUMA DJUMAPILI



Nom de l'Epoux :



SITUATION DES ENFANTS DE L'AGENT



No	NOM DE L'ENFANT	Age	Sexe
1	ALLIAH BALAGIZI	14ans	F
2	ASSIAH BALAGIZI	12ans	F
3	ARSHAD BALAGIZI	7 ans	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Fait à Goma, le / / 20.....

e de PREMIDIS Sarl

Le Médecin



Date d'engagement: 20.08.2019.
0971650685.



Valable pour les élections locales, municipales, urbaines, provinciales, législatives et présidentielle.

TMB : 081728000 - 22499280101-69.



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU
VILLE DE GOMA
COMMUNE DE GOMA
BUREAU DE L'ETAT CIVIL

E-mail : communedegomank@yahoo.fr

Date N° 162/2009
Vol 11/2009

D U P L I C A T A .

ACTE DE MARIAGE

L'an deux mille NEUF le 2^e jour du mois d'OCTOBRE , un mariage monogamique civil a été contracté à l'Office de l'Etat Civil de la Commune de Goma , Province du Nord-Kivu entre :

* Le nommé : MUHIGIRWA BALAGIZI ALAIN , Né à BUKAVU, le 26/08/1972 de Nationalité Congolaise, Fils de BALAGIZI LUSAGARA et de SOFIA KAHUMBA , Profession COMMERCANT , Originaire de la Chefferie de BURHINYI , Territoire de MWENGA , Province du SUD-KIVU , ayant sa résidence temporaire à Goma.

Et

* La nommée (e) FATUMA DJUMAPILI Née à GOMA, le 15/01/1986 de Nationalité Congolaise, Fille de IBRAHIMU DJUMAPILI et MAIMUNA YUNUSU , Profession SANS, Originaire de la Chefferie de BAHUNDE, Territoire de MASISI, Province du NORD-KIVU , ayant sa résidence temporaire à Goma.

La dot a été versée par BAGULA LUSAGARA, Oncle Pat. et Représentant de la Famille et Reçue par IBRAHIMU DJUMAPILI, par le biais de JUMAINE BITEKO RUSANGIZA. 3 VACHES.

Régime opté par les époux : COMMUNAUTE UNIVERSELLE DE LEURS BIENS

POUR ACTE CERTIFIE CONFORME A L'ORIGINAL

Fait à Goma, le 18/12/2019





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU
VILLE DE GOMA
COMMUNE DE GOMA
BUREAU DE L'ETAT CIVIL

E-mail : [commudedegomank@yahoo.fr](mailto:communedegomank@yahoo.fr)

ATTESTATION DE NAISSANCE

N°5072/11.6.5./CG/D.22/20.11.9

Je soussigné **SEBIHOGO NGOGA Cyprien** Officier de l'état civil et Bourgmestre de la Commune de Goma, atteste par la présente qu'en date du 11/06/2010 est né à **GOMA**, enfant de sexe **FEMININ** auquel a été donné le nom de **ALLIAH BALAGIZI HELENE** Enfant issu d'un mariage monogamique, coutumier, civil, religieux conclu entre Monsieur **MUHIGIRWA BALAGIZI ALAIN** ayant sa résidence principale à **MWENGA** et sa résidence temporaire à **GOMA**.

Et Madame **FATUMA DJUMAPILI**, ayant sa résidence principale à **MASISI** et sa résidence temporaire à **GOMA**.

Ces renseignements ont été tirés de la carte d'identité de ses parents.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir à qui de droit.

Fait à Goma, le 27/12/2019

L'OFFICIER DE L'ETAT CIVIL

(Ou son délégué)

SEBIHOGO NGOGA CYPRIEN

Bourgmestre de Goma



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU
VILLE DE GOMA
COMMUNE DE GOMA
BUREAU DE L'ETAT CIVIL

E-mail : communedegomank@yahoo.fr

ATTESTATION DE NAISSANCE

N°5072/18.6.46./CG/D.22/2019

Je soussigné **SEBIHOGO NGOGA Cyprien** Officier de l'état civil et Bourgmestre de la Commune de Goma, atteste par la présente qu'en date du 14/02/2012 est né à **GOMA**, enfant de sexe **FEMININ** auquel a été donné le nom de **ASSIAH BALAGIZI NANGALIRHE**. Enfant issu d'un mariage monogamique, coutumier, civil, religieux conclu entre Monsieur **MUHIGIRWA BALAGIZI ALAIN** ayant sa résidence principale à **MWENGA** et sa résidence temporaire à **GOMA**.

Et Madame **FATUMA DJUMAPILI**, ayant sa résidence principale à **MASISI** et sa résidence temporaire à **GOMA**.

Ces renseignements ont été tirés de la carte d'identité de ses parents.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir à qui de droit.

Fait à Goma, le 27/12/2019

L'OFFICIER DE L'ETAT CIVIL

(Ou son délégué)

*SEBIHOGO NGOGA CYPRIEN
Bourgmestre de Goma*



IQUE DU CONGO

Volet 1

Province de..... NORD-KIVU.....
Ville de..... GOMA.....
District de.....
Territoire/Commune de..... GOMA.....
Chefferie/Secteur ou Cité de.....
Bureau Principal de l'Etat civil de..... GOMA.....
Bureau Secondaire de l'Etat civil de.....
Acte n°..... 0472 Volume..... Folio n°0472 / 077

N° 0472

ACTE DE NAISSANCE

L'an deux mille..... 2002..... le 27 jour du mois
de..... MAI..... à..... heures.....

Par devant nous*..... KAMBERT..... NZUMUKA..... JAMES.....
Officier de l'Etat civil de GOMA..... DE GOMA.....

A comparu PATUMA..... AJUMAPIL..... en qualité de MÈRE.....
Né (e) à*..... GOMA..... le..... 15/01/1986.....

..... Profession..... MINAGREE.....

Résidant à..... GOMA.....

Lequel (laquelle) nous a déclaré ce qui suit :

Le..... 24..... jour du mois de..... MAI..... de l'année..... 2002.....
est né à..... GOMA..... un enfant de sexe..... M.....
nommé..... ARTHUR..... LUSAGARA..... BALAFIZI.....
fils (fille) de*..... BALAFIZI..... MUTHIRWA..... ALAIN..... né à..... BURUNDI.....
le..... 26/08/1972..... nationalité..... CONGOLAISE..... profession..... COMMERCANT.....
résident à..... GOMA..... et de..... PATUMA.....
..... AJUMAPIL..... né (e) à..... GOMA.....
le..... 15/01/1986..... nationalité..... CONGOLAISE..... profession..... MINAGREE.....
résidents à..... GOMA..... conjoints.

Lecture de l'acte a été faite ou connaissance de l'acte a été donnée ou
traduction de l'acte a été faite en..... FRANÇAIS....., langue que nous
connaissions ou par..... interprète ayant prêté serment.
En foi de quoi, avons dressé le présent acte.

Le déclarant

(*) Préciser le nom et qualité
(**) Biffet les mentions inutiles

L'Officier de l'Etat civil

Pour Adjoint Commune de Goma



Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOUMA** DEPARTEMENT : **CAISSE**

FONCTION : **Ass. Caissier** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **14/08/2025**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **30/08/2025**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **01/09/2025**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de
congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 13/08/2025

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

(Signature)
POUR L'ADMINISTRATION,
DJUMAPILI FATUMA
le 13.08.2025
OSSEE BAGISHE BUHENDWA
ADMIN. AND R.H





- Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOUMA** DEPARTEMENT : **Caisse**

FONCTION: **Assistant Caisse** INTERIM: -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **07/04/2025**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **14/04/2025**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **15/04/2025**

Nombre des jours total : **7 jours** contrôle :Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
 Naissance d'un enfant (2jours)
 Mariage d'un enfant (1jour)
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

- AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

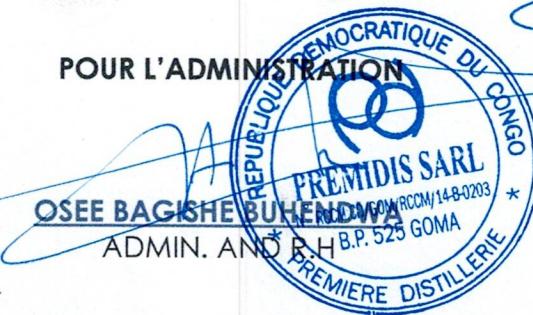
DATE : 04/04/2025

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

FATUMA DJUMAPILI

04.04.2025.

POUR L'ADMINISTRATION



Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES *Technique*

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : **Comptabilité** AJR

FONCTION : **Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **25/11/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **11/12/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **12/12/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle :Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **23/11/2024**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

Technique

A12

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : Comptabilité

FONCTION : Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **02/10/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/10/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/10/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle :Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

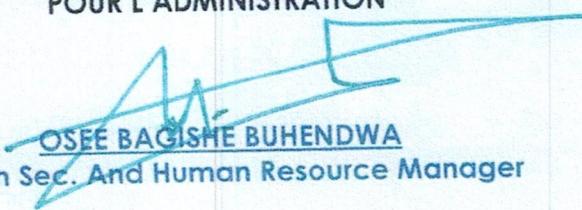
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 01/10/2024

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION


OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES *Technique*

AIR

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : Comptabilité

FONCTION : Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI

PREMIER JOUR D'ABSENCE : 19/10/2024

DERNIER JOUR D'ABSENCE : 06/11/2024

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : 07/11/2024

Nombre des jours total : 15 jours contrôle : Reste : OK

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 07/11/2024

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

Technique

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : **Comptabilité**

AIR

FONCTION : **Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **07/11/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **23/11/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **25/11/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 06/11/2024

SIGNATURE DE L'EMPLOYE :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

Technifue
A/R

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : Comptabilité

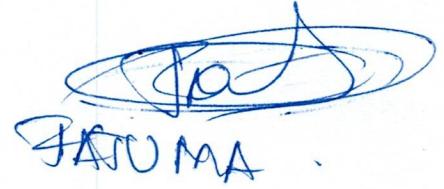
FONCTION : Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **02/10/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **18/10/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **19/10/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle :Reste : **OK**



Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 01/10/2024

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION


OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

Technique

AIR

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : Comptabilité

FONCTION : Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **19/10/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **06/11/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **07/11/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle :Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **07/11/2024**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION


OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES

Technique

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : **Comptabilité AIR**

FONCTION : **Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **07/11/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **23/11/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **25/11/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **06/11/2024**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo Bukavu

COMMUNICATION D'ABSENCES Technique

NOM ET PRENOM **DJUMAPILI FATUMA** DEPARTEMENT : Comptabilité AJD

FONCTION : Assistante caisse INTERIM : JUSTIN NDAMBI

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **25/11/2024**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **11/12/2024**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **12/12/2024**

Nombre des jours total : **15 jours** contrôle :Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **23/11/2024**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI GOMA, DR CONGO

Route Aeroport N° 20. Q Bujovo C/ de KARISIMBI Ville de GOMA, Prov du Nord-Kivu en R.D Congo
NRCCM du siège : CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Company: PREMIDIS SARL

Address: Route Aeroport No 20. Q Bujovo C/Karisimbi Ville de Goma.

Nord-Kivu, Republique Democratique du Congo

NRCCM : CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Date

: 23/09/2024

Loan Application Form

Name of the Employee

DJUMAPILI TATOUWA

Department & Disignation

02471091 DDC

ID No

2019

Date Of Joining

400 \$

Salary Per Month

3000 \$ 1800 \$

Loan / Advance Amount

300 \$ (6 months)

Reason

Deduction Per Month

Loan Start And Ending Preiod

Start of the Month

Oct. 2024

End of the Month Loan

Mar 2025

Remarks

Head Of the Department/ HR Department

Old Dues & Remarks by Accounts Department

Recommended By

loan deduction incharge By

P.B

Authorization By



PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DR CONGO

Route Aéroport N° 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège CD/GOM/RCCM/14 B O203

Goma Kiwanja

Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**
FONCTION : **Ass. Caissière INTERIM** :-

PREMIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

DERNIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL :/...../20...

Nombre des jours total : **Jours** contrôle : Reste : **OK**
Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

Mariage de l'employé (2jours)

Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)

Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)

Naissance d'un enfant (2jours)

Mariage d'un enfant (1jour)

Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)
Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE :/...../20....

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

Prepared by

VISA ADMINISTRATION

VISA DIRECTEUR GENERAL

Téléphones : Tel : +243 99 76 01 556
Id. Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

ENTREPOT DES DOUANES
PUBLIC DE TYPE B

NIF : A 0700453B

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège CD/GOM/RCCM/14 B 0203

Goma Kiwanja

Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**
FONCTION : **Ass. Caissière INTERIM** :-

PREMIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

DERNIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL :/...../20...

Nombre des jours total : **Jours** contrôle : Reste : **OK**
Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
 Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
 Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
 Naissance d'un enfant (2jours)
 Mariage d'un enfant (1jour)
 Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de
congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE :/...../20....

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

Prepared by

VISA ADMINISTRATION

VISA DIRECTEUR GENERAL

Téléphones : Tel : +243 99 76 01 556
Id. Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

ENTREPOT DES DOUANES
PUBLIC DE TYPE B

NIF : A 0700453B

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège CD/GOM/RCCM/14 B 0203

Goma Kiwanja

Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**
FONCTION : **Ass. Caissière INTERIM** :-

PREMIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

DERNIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL :/...../20...

Nombre des jours total : **Jours** contrôle : Reste : **OK**
Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de
congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE :/...../20....

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

Prepared by

VISA ADMINISTRATION

VISA DIRECTEUR GENERAL

Téléphones : Tel : +243 99 76 01 556
Id. Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

ENTREPOT DES DOUANES
PUBLIC DE TYPE B

NIF : A 0700453B

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20. Q.BUJOUVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R C C M du siège: CD/GOM/RCCM/14 B-O203

Goma Kiwanja

Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**
FONCTION : **Ass. Caissière** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

DERNIER JOUR D'ABSENCE :/...../20...

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL :/...../20...

Nombre des jours total : **Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de
congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE :/...../20....

SIGNATURE DE L'EMPLOYE :

Prepared by

VISA ADMINISTRATION

VISA DIRECTEUR GENERAL

Téléphones : Tel : +243 99 76 01 556

Id. Nat. : 5-9-N42250C

E-mail : secretary@premidis.com

Siege Social: N° 20, Avenue Nyakagozi, Q. Bujovu/ Goma/RDC

ENTREPOT DES DOUANES
PUBLIC DE TYPE B

NIF : A 0700453B

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**

FONCTION : **Ass. Caissière INTERIM** : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **04./05/2020**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **31./05/2020**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **01./05/2020**

Nombre des jours total : **....15 Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **01./05/2020**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ (E)

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja

Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**

FONCTION : **Ass. Caissière INTERIM** : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **09/03/2021**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **15/03/2021**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **16/03/2021**

Nombre des jours total : **...15.. Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **07/03/2021**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) :

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA

Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma Kiwanja Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**

FONCTION : **Ass. Caissière INTERIM** : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **08/08/2022**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **14/08/2022**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **15/08/2022**

Nombre des jours total : **16... Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : **06/08/2022**

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR(E):

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N° 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N° R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-O203

Goma Kiwanja

Lubumbashi Kin Kisangani

Tshopo

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : DJUMAPILI FATOU DEPARTEMENT : ADMINISTRATION
FONCTION : Ass. Caissière INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : 05/01/2023

DERNIER JOUR D'ABSENCE : 14/01/2023

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : 15/01/2023

Nombre des jours total : 15 Jours contrôle : Reste : OK
Raison d'absence :

Vacances

Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 03/01/2023

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ (E)

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

Goma, le 02 Mai 2023

N° Réf: N° 146/PMD/DRG/2023**Objet : suspension de vos prestations****A ...JUMAPILI..... Fatima.....**

Conformément au règlement d'ordre de la société, mais aussi aux prescrits du code de travail à son article 57 alinéa 8 nous avons le regret de constater l'empêchement temporaire de remplir nos tâches en qualité d'Employeur compte tenu de la guerre qui sévit à l'Est (précisément à Rutshuru) notre site d'exploitation et de transformation de nos matières premières.

Aux vues de ce qui précède, la Direction décide de suspendre vos prestations jusqu'au rétablissement de la paix dans cette zone, ce qui permettrait la reprise de ses activités.

Il sied de préciser qu'en cas d'incapacité à supporter cette suspension vous infligée à ce jour, nos bureaux seront ouverts afin de procéder au calcul de votre décompte final dans le strict respect de la loi.

Recevez nos salutations considérées.

**BAGISHE BUHENDWA Os mhrée**

Pour acquérir
FATUMA DJUMAPILI
Goma, le 22.05.2023

CONFIRMATION D'INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Nom et Post-Noms : **FATUMA · DJUMAR NU**
Fonction : **Cadre**
Date d'engagement : **2019**
Fin contrat : RAS
Salaire mensuel : **4000\$**

Fait à Goma le 22 MAI 2023

Signature





PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20, Q.BUJOVU, C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov. du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R. C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Goma Kiwanja

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **FATOUMA DJUMAPILI** DEPARTEMENT : **FINANCES**

FONCTION : **CASHER ASSISTANT** INTERIM: **CITO LWANWA**

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **11/02/2021**

DERNIER JOUR D'ABSENCE: **11/02/2021**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **16/01/2021**

Nombre des jours total : **5 Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.

L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 09/02/2021 SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : 



**PREMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

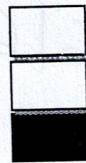
N° 15/06/2022

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : Ass Caisse

Nom du patient : **ARSHAD BALAGIZI** Age : 5 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)



Epoux (se)

Enfant

Date : le 06/06/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB84770	FACTURE		GOMA 06/06/2022
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, ARSHAD BALAGIZI LUSAGARA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	CRP quantitative	1	15,00
2	GE (Goutte Epaisse)	1	3,00
3	NFS	1	20,00
4	SU(Sediment Urinaire/ECBU)	1	5,00
5	TDR PALUDISME	1	0,00
6	WIDAL AC Salmonella	1	10,00
Grand Total en USD			53,00

Bon Med.

15/06/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD34490	FACTURE		GOMA 06/06/2022
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, ARSHAD BALAGIZI LUSAGARA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	PAROL SIROP 250mg	1	3,90
Grand Total en USD			3,90

Bon Med.

15/06/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PED015165	FACTURE		GOMA 06/06/2022
PEDIATRIE			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, ARSHAD BALAGIZI LUSAGARA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	Consultation	1,00	10,000
Grand Total en USD			10,000

Bon Med.

15/06/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 15/06/2022

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : Ass Caisse

Nom du patient : **ARSHAD BALAGIZI** Age : 5 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 06/06/2022

Approbation de la Direction



Zébédée MUNYAMAHORO

**PREMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 022/04/2022

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI**

Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : **FATUMA DJUMAPILI**

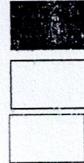
Age 36 ans Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 25/04/2022

Approbation de la Direction



Zébédée MUNYAMAHORO

Osée BUHENDWA

**PREMIDIS
S.A.R.L**

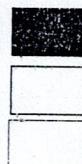
BON DE SOINS MEDICAUX

N° 022/04/2022

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI**
Nom du patient : **FATUMA DJUMAPILI**

Fonction : **ASS. CAISSE**
Age 36 ans Sexe : **F**

Relation avec l'employé(e) : **Employé(e)**



Epoux (se)

Enfant

Date : le 25/04/2022

Approbation de la Direction



Zébédée MUNYAMAHORO

Osée BUHENDWA

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



MED014223	FACTURE	GOMA 25/04/2022		
MED. INTERNE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, FATUMA DJUMAPILI doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD				10,000

Bon Med.

022/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD31465	FACTURE	GOMA		
MED. INTERNE		26/04/2022	PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, FATUMA DJUMAPILI doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Albendazol 400mg	1	0,31	0,31
2	Cipronat 750mg	14	0,35	4,91
3	Mucoril Expectorat 100ml	1	1,52	1,52
4	FELOXAM 20mg	15	0,31	4,68
Grand Total en USD			11,43	

Bon Med.

022/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB77875	FACTURE	GOMA		
MED. INTERNE		25/04/2022	PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, FATUMA DJUMAPILI doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	CRP quantitative	1	15,00	15,00
2	GE (Goutte Epesee)	1	3,00	3,00
3	NFS	1	20,00	20,00
4	TDR	1	0,00	0,00
5	Widal	1	10,00	10,00
Grand Total en USD			48,00	

Bon Med.

022/04/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS
S.A.R.L.

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 007/02/2022

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : **ARSHAD BALIGIZI** Age : 4 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 16/02/2022

Approbation de la Direction

Osee BUHENDWA



Zébédée MUNYAMAHORO

W. B. D. B. M. M. H. O. R. O.

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 080/06/2020

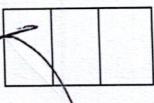
Nom de l'Employé(e) : JUMAPILI FATUMA Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient **ARSHAD BALAGIZI** Age : 3ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e)

Employé(e)

Epoux (se)



Enfant

Prepared by

Approved by



Date : le 03/04/2020

**PREMIDI
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 007/02/2022

Nom de l'Employé(e) : FATUMA DJUMAPILLI Fonction : ASS. CAISSE
Nom du patient : ARSHAD BALIGIZI Age : 4 ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le 16/02/2022

Approbation de la Direction



Zébédée MUNYAMAHORO

Osée BUEHENDWA

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle



PED012498	FACTURE		GOMA	
PEDIATRIE			16/02/2022	
			PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, ARSHAD BALAGIZI LUSAGARA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD				10,000

Bon Med.

007/02/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD26317	FACTURE	GOMA 16/02/2022		
PEDIATRIE		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, ARSHAD BALAGIZI LUSAGARA doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Bronchalene enf	1	5,62	5,62
2	Ventolin Neb 0.5 Inj	1	0,65	0,65
3	Seringue 5ml	2	0,05	0,10
4	Serum physiologique sol 500ml	1	0,95	0,95
5	CROMSOL2%/0.01%	1	3,94	3,94
6	masque à nebulisation pediatrique	1	5,20	5,20
7	DEXOL 100ml	1	1,95	1,95
Grand Total en USD				18,41

Bon Med.

007/02/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB66249	FACTURE		GOMA
PEDIATRIE			16/02/2022
			PREMIDIS S.A.R.L
<i>Mr, Mme, Mlle, ARSHAD BALAGIZI LUSAGARA doit pour ce qui suit :</i>			
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.
1	NEBULISATION PED	1	5,00
Grand Total en USD			5,00

Bon Med.

007/02/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

**PREMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 088/07//2020

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : **ASS. CAISSE**

Nom du patient : **ARSHAD BALAGIZI** Age : **3ans** Sexe : **M**

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant



Date : le **02/07/2020**



PREMIDIS

S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 101/07//2020

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : **ARSHAD BALAGIZI** Age : 3ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (S) DEMOCRATIQUE
REPUBLIQUE CONGO

Enfant

EMPLOYÉE

REPRESENTANT

PREMIDIS S.A.R.L

RÉGION GOMA 148-003

BP 525 GOMA

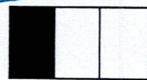
P.R.D

PREMIERE DISTILLERIE

PREMIERE DISTILLERIE

Date : le 30/07/2020

Prepared by * Approved by





REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

SEZ800D/20	FACTURE		Goma, le 30-7-2020
Pédiatrie			PREMIDIS S....
<i>Mr, Mme.....ARSHAD.....BALAGIZI..LUSAGARA..... doit pour ce qui suit :</i>			
No	LIBELLE	QUANTITE	Prix. Total
1	Consultation	1	10
2	Helicobacter pilorie(h piloris)	1	15
<i>Nous disons</i>		25

*Bon
Med. 101/07/2020*

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 080/06/2020

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : **ARSHAD BALIGIZI** Age : 3ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Prepared by



Date : le 25/06/2020

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 080/06/2020

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : ASS. CAISSE

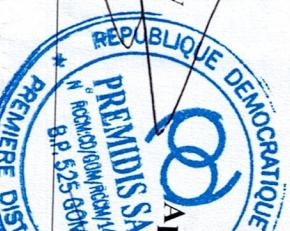
Nom du patient : **ARSHAD BALIGIZI** Age : 3ans Sexe : M

Relation avec l'employé(e) :

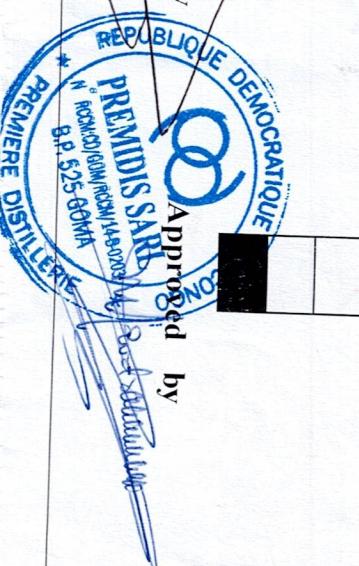
Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Prepared by 

Date : le 25/06/2020



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

PHAS72E/2020

FACTURE

Goma, le 27-6-
2020

Pédiatrie

PREMIDIS S....

Mr, Mme.....ARSHAD.....BALAGIZI..... doit pour ce qui suit :

No	LIBELLE	Quantite	Prix. Total
1	Gaviscon 250ml	1	3.4
1	anset sp 30ml	1	1.4
TOTALS			4.8

Bon Med.: 080/06/2020

*Notre préoccupation**Votre santé,*



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB28427	FACTURE	GOMA						
GYNECO		20/04/2021						
PREMIDIS S.A.R.L								
<i>Mr, Mme, Mlle, FATUMA DJUMAPILI doit pour ce qui suit :</i>								
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total				
1	Echographie abdominale, pelvienne	1	20,00	20,00				
2	FSH Follicle Stimulating Hormone	1	25,00	25,00				
3	LH	1	25,00	25,00				
4	Prolactine (PRL)	1	25,00	25,00				
Grand Total en USD				95,00				

Bon Med.

032/04/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
PROVINCE DU NORD-KIVU
DIOCESE DE GOMA
HGR CHARITE MATERNELLE
B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD10750	FACTURE	GOMA 20/04/2021 PREMIDIS S.A.R.L		
GYNECO				
<i>Mr, Mme, Mlle, FATUMA DJUMAPILI doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Debridat adulte sirop 250ml	1	6,50	6,50
2	Cefam 500mg	60	0,20	11,70
3	MICROGYNON 50 Com 0.125mg	21	0,20	4,09
Grand Total en USD				22,29

Bon Med.

032/04/2021

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 032/04/2021

Nom de l'Employé(e) : FATUMA DJUMA PILI Fonction : ASS CAISSE

Nom du patient : FATUMA DJUMA PILI Age : 35 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Date: le 19/04/2021

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA

Zébédée MUNYAMAHORO



**PREMIDIS
S.A.R.L**

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 032/04//2021

**Nom de l'Employé(e) : FATUMA DJUMA PILI Fonction : ASS CAISSE
Nom du patient : FATUMA DJUMA PILI Age : 35 ANS Sexe : F**

Relation avec l'employé(e) :

- Employé(e)
 Epoux (se)
 Enfant

Date: le 19/04/2021

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



Zéphée MUNYAMAHORO



PREMIDIS SARL



COMMUNE DE KARISIMBI, GOMA, DRCONGO

Route Aéroport N 20. Q.BUJOVU. C/ de KARISIMBI, Ville de GOMA, Prov, du Nord-Kivu en R.D.Congo
N R.C.C.M du siège: CD/GOM/RCCM/14-B-O203

Goma Kiwanja

COMMUNICATION D'ABSENCES

NOM ET PRENOM : **DJUMAPILI FATOU** DEPARTEMENT : **ADMINISTRATION**

FONCTION : **ASS. CAISSIERE** INTERIM : -

PREMIER JOUR D'ABSENCE : **18/08/2022**

DERNIER JOUR D'ABSENCE : **03/09/2022**

JOUR DE RETOUR AU TRAVAIL : **05/09/2022**

Nombre des jours total : **15 Jours** contrôle : Reste : **OK**

Raison d'absence :

- Vacances
- Maladie/accident

Raison familiale :

- Mariage de l'employé (2jours)
- Décès de l'épouse, du mari, de la mère, du père, d'un enfant (4 jours)
- Décès des beaux-parents, d'un frère, d'une sœur, des grands parents (2jours)
- Naissance d'un enfant (2jours)
- Mariage d'un enfant (1jour)
- Evénement involontaire grave (convocation, incendie) (max 2jours)

Ces jours de congé doivent être pris consécutivement, au moment de l'événement familial.
L'employeur n'est tenu d'accorder que jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 jours de congé par an pour événement familial.

AUTRES RAISONS - EXPLICATION NECESSAIRE.

DATE : 17/08/2022 SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ :

(Signature)
FATUMA DJUMAPILI
GOMA, le 17.08.2022.

POUR L'ADMINISTRATION

OSEE BAGISHE BUHENDWA
Admin Sec. And Human Resource Manager

PREMIDIS SARL

COMMUNE DE KARISIMBI GOMA DR CONGO

Route Aéroport N°20, Q Bujovo C/Karisimbi Ville de Goma, Nord-Kivu, République Démocratique du Congo
N° RCS M. du siège : CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Company: PREMIDIS SARL

Address: Route Aéroport No 20, Q Bujovo C/Karisimbi Ville de Goma,
Nord-Kivu, République Démocratique du Congo
RCCM : CD/GOM/RCCM/14-B-0203

Date Goma le 22/02/2023

Loan Application Form

Name of the Employee

FATUMA DJUMAPILI

Department & Designation

Finances

ID No

025

Date Of Joining

2019

Salary Per Month

400\$

Loan / Advance Amount

1000\$ (Francs Congolais)

Reason

Deduction Per Month

200\$

Loan Start And Ending Period

Start of the Month

March 2023

End of the Month Loan

April 2023

Remarks

Head Of the Department/ HR Department

M. Fatum

Old Dues & Remarks by Accounts Department

loan deduction incharge By

Recommended By

M. Ban

Authorization By

E. Belloff

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 11/11//2022

Nom de l'Employé(e) : DJUMAPILIFATOUMA Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : ASSIAH BALAGIZI Age : 10 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : Le 15/11/2022

Osée BUHENDEWA



[Handwritten signature over the stamp]

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 11/11//2022

Nom de l'Employé(e) : DJUMAPILI FATOUMA Fonction : ASS. CAISSE

Nom du patient : ASSIAH BALAGIZI Age : 10 ANS Sexe : F

Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant

Date : Le 15/11/2022

Approbation de la Direction

Osée BUHENDWA



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

CHI018740	FACTURE	GOMA		
CHIRURGIE		16/11/2022	PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, ASIYA BALAGIZI NANGALIRE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	Consultation	1,00	10,000	10,000
Grand Total en USD			10,000	

Bon Med.

16/11/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREO

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

LAB109862	FACTURE	GOMA		
CHIRURGIE		16/11/2022	PREMIDIS S.A.R.L	
<i>Mr, Mme, Mlle, ASIYA BALAGIZI NANGALIRE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	RX Lombaire	2	20,00	40,00
Grand Total en USD			40,00	

Bon Med.

11/11/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOCCUPATION

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



PROVINCE DU NORD-KIVU

DIOCESE DE GOMA

HGR CHARITE MATERNELLE

B.P. 50 GOMA non fonctionnelle et 12 GISENYI fonctionnelle

ORD45118	FACTURE	GOMA 16/11/2022		
<u>CHIRURGIE</u>		PREMIDIS S.A.R.L		
<i>Mr, Mme, Mlle, ASIYA BALAGIZI NANGALIRE doit pour ce qui suit :</i>				
No.	LIBELLE	Qte	P.Unit.	P.Total
1	IBUCAP FORTE	10	0,04	0,39
Grand Total en USD				0,39

Bon Med.

11/11/2022

VOTRE SANTE, NOTRE PREOcupation

PREMIDIS
S.A.R.L

BON DE SOINS MEDICAUX

N° 101/07//2020

Nom de l'Employé(e) : **FATUMA DJUMAPILI** Fonction : **ASS. CAISSE**
Nom du patient : **ARSHAD BALAGIZI** Âge : **3ans** Sexe : **M**

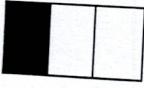
Relation avec l'employé(e) :

Employé(e)

Epoux (se)

Enfant DEMOCRATIQUE

Prepared by



Approved by



Date : le 30/07/2020