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

**Señor(a):** AMANDA CRUZ HENAO
**No. Identificación:** CC39642867
**Dirección:** CALLE 59 SUR # 60-19 T.1 APTO102
**Telefono:** 3124214409
**Correo:** amandacruzhenao@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8363525323

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | AMANDA CRUZ HENAO |
| **Tipo y número de identificación** | CC39642867 |
| **Número de planilla** | 8363525323 |
| **Fecha pago** | 2022-12-09 |
| **Número de autorización pago** | 45704127 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2022 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 309400 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-25 | Riesgos Profesionales Colmena | 24400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 160000 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 125000 | 1 |

8363525323

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 39642867
APELLIDOS Y NOMBRES: AMANDA CRUZ HENAO

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 1000000 | 1000000 | 1000000 | 0 | 125000 | 0 | 160000 | 0 | 24400 | 0 |

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