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

**Señor(a):** OMAR FABIAN RINCON MAHECHA
**No. Identificación:** CC1026264229
**Dirección:** CL 19 SUR 69 55
**Telefono:** 3144589255
**Correo:** edufisicaofrm@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 47888380

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | OMAR FABIAN RINCON MAHECHA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1026264229 | **Periodo de Cotización Salud** | enero de 2021 |
| **Número de planilla** | 47888380 | **Periodo de Cotización Pensión** | enero de 2021 |
| **Fecha pago** | 2021-02-12 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 910407 | **Total Pagado** | 299400 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 22200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 145400 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 18200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

47888380

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026264229
APELLIDOS Y NOMBRES: OMAR FABIAN RINCON MAHECHA

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 908526 | 908526 | 908526 | 908526 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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