

Señor(a):	OMAR GUTIERREZ CRUZ	
No. Identificación:	CC 17340695	
Dirección:	CALLE 23C N 19B-34	
Teléfono:	6821737	Fax:
Ciudad:	VILLAVICENCIO	
Número de Planilla	8308071188	

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	OMAR GUTIERREZ CRUZ
Tipo y Número de Identificación	CC 17340695
Número Planilla	8308071188
Fecha de Pago	12/22/2015
Número de Autorización de Pago	99084462
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2015
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2015
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2015
Número de Administradoras	2
Total Pagado	\$376,200
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		17340695								
APELLIDOS Y NOMBRES		GUTIERREZ CRUZ OMAR								
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	230201	0	1.320.000	1.320.000	0	0	165.000	211.200	0	0

[illegible]