

RECIBO DE CAJA No. 16965

Fecha: 16-10-2024

Información del Afiliado**Documento No CC: 12273541****Nombre y Apellidos: ARNULFO CAMPO VARGAS****Teléfonos: 3203098371**

Descripción de los Aportes:	OCTUBRE 2024
EPS :	NUEVA EPS
ARL:	POSITIVA(4)

TOTAL, A PAGAR:	\$ 156000
------------------------	------------------

Los pagos deben realizarse los 5 primeros días hábiles de cada mes (perdida de las licencias e incapacidades). Los accidentes de trabajo deben reportarse al **GRUPO RED DE ALIANZAS**, el mismo día de haber ocurrido. Con este pago certifico que no tengo ningún vínculo laboral con la empresa y acta como trabajador independiente solo para obtener el servicio a seguridad social.