



Constancia de Pago No.

Fecha:

RECIBIMOS DE

ENTIDAD

RECIBO

MES	AÑO	AFILIACIONES	CC AFILIADO	CONCEPTO	VALOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MES	AÑO	RAMO	PÓLIZA No.		VALOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El valor recibido del Cotizante o Afiliado es únicamente para el trámite de pago ante el Sistema de Seguridad Social o Aseguradoras y por lo tanto solo compromete nuestra responsabilidad por dicha gestión.

El pago extemporáneo posterior a los primeros 5 días del mes respectivo, no garantiza la debida prestación de los servicios por parte de la Entidad correspondiente.

Firma Autorizada