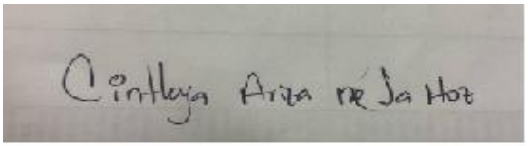
Barranquilla, 14 de diciembre de 2021

Señores,

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

Yo, CINTHYA HELENA ARIZA DE LA HOZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.042.428.043 expedida en Soledad (Atlántico), en calidad de contratista de prestación de servicios del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, manifiesto que SI, es mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 723 de 2013.



_____

NOMBRE: CINTHYA HELENA ARIZA DE LA HOZ

CEDULA: 1.042.428.043 de Soledad