Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR I.C.B.F.
Regional Bogotá

Asunto: Autorización afiliación ARL

Yo, DIANA ALEJANDRA ACOSTA ESPAÑAidentificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.085.313.543 expedida en PASTO-NARIÑO AUTORIZO al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR I.C.B.F. Regional Bogotá Grupo Gestión Humana para que me apoye con la afiliación en línea a la Administradora de Riesgos Laborales ARL, siendo de mi interés el afiliarme como independiente a la ARL Positiva.

Para el cumplimiento del propósito anterior, y en caso de ser seleccionado y suscribir contrato de prestación de servicios con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR I.C.B.F. Regional Bogotá, me comprometo a presentarme de forma inmediata y paralelo a la suscripción del contrato en el Grupo de Gestión Humana con el eje de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el fin de otorgar los datos personales necesarios para dicha afiliación.

Agradezco la atención y colaboración.

Cordialmente,

Nombre Completo: **DIANA ALEJANDRA ACOSTA ESPAÑA**

C.C. N° **1.085.313.543 DE PASTO**

Teléfono de Contacto: **310-898-5247**