Bogotá D.C.

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

Asunto: Autorización afiliación ARL

Yo, DIANA ALEJANDRA ACOSTA ESPAÑA identificada con cédula de ciudadanía número 1.085.313.543 expedida en Pasto 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**

Teléfono de Contacto: **3108985247**