Bogotá, D.C.

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

Yo, INES CILIANYS LIZARAZO PIERUCCINI, cédula de ciudadanía número 1.129.502.191 expedida en Barranquilla 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 1072 de 2015.



**INES CILIANYS LIZARAZO PIERUCCINI**

**C.C No: 1.129.502.191 de Barranquilla**