Bogotá, D.C.

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

YURANI FERNANDA OSSA GONZALEZ, identificada con cédula de ciudadanía número **1.018.465.336 de Bogotá, D.C**, 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.



YURANI FERNANDA OSSA GONZALEZ

C.C.1.018.465.336 de Bogotá, D.C