

Ciudad y Fecha: 10 ENE 2020

Señores

AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN.

Grupo de Gestión Contractual

Cordial Saludo,

Por medio de la presente autorizo a la **AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN**, para realizar el trámite correspondiente a la afiliación **ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

Así mismo y para no generar una multifiliación y doble pago a la ARL, me comprometo a realizar el trámite ante mi OPERADOR DE RECAUDO, actualizando la correspondiente información para que este pago sea efectuado a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

Adjunto copia del certificado de afiliación a la EPS y AFP como independiente activo.

Atentamente,

Nombres y Apellidos: María Alejandra Barrera Torres

C.C. Nro. 40.431013

Firma: 