

| | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|
|  | TRÁMITE DE AFILIACIÓN A ARL | Código: FO-GCO-PC01-25 |
| | | Versión: 1 |

Diligencie los siguientes datos y suministre el dato de la Administradora de Riesgos Laborales a la cual desee afiliarse.

| | |
|--|---|
| ARL: | POSITIVA |
| Nombres y apellidos completos: | JHON CRISTOFER GUTIERREZ ALARCON |
| Número de documento de identificación: | 1032494802 |
| Fecha de nacimiento: | 19/11/1997 |
| Dirección de residencia: | CALLE 17 SUR N 30-51 |
| Ciudad de residencia: | BOGOTA |
| Nro. de celular: | 3154703221 |
| Correo electrónico: | cristofergutierr@gmail.com |
| EPS: | FAMISANAR |
| Fondo de pensiones: | PORVENIR |
| Firma aspirante a contratar: |  |
| Fecha en que se diligencia: | 10/04/2025 |