



02	01	2026
----	----	------

Señores

Escuela Superior de Administración Pública - ESAP

Ciudad Bogotá D.C

Asunto: Manifestación Administradora de Riesgo Profesionales ARL.

Cordial saludo:

De manera atenta, en mi calidad de persona natural me permito manifestar lo siguiente:

☐

No me encuentro afiliado a ninguna ARL y acepto la afiliación a la ARL POSITIVA por parte de la ESAP. (Nuevos)

☐

Me encuentro afiliado a la ARL, la cual corresponde a: _____, y deseo continuar con la misma; adicionalmente me comprometo a vincular el futuro contrato y hacer entrega de la certificación de afiliación. (Nuevos)

☒

Me encuentro afiliado a la ARL, la cual corresponde a: POSITIVA, afiliación que realizó la ESAP y deseo continuar con la misma. (antiguos)

Agradezco la atención presentada.

Cordialmente,

Firma: *Ximena.C*

Nombre: Maria Ximena Cagua Cabiativa

Cédula: 1.001.115.902

Sede principal

Calle 44 # 53 - 37, CAN, Bogotá D.C.

Código postal: 111321

Línea conmutador PBX: 018000 423713

Línea nacional gratuita PBX: 018000 423713



INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO	
CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO
Día, Mes, Año	Indique la fecha en la cual está diligenciando la información.
Ciudad	Indique la ciudad donde reside
Primer recuadro	Marque con una X este recuadro si usted va a ingresar por primera vez a la ESAP y desea ser afiliado a la ARL POSITIVA.
Segundo recuadro	Marque con una X este recuadro si usted ya se encuentra afiliado a una ARL, diligencie el nombre a la cual pertenece en el espacio.
Tercer recuadro	Marque con una X este recuadro si usted es antiguo en la ESAP y desea continuar afiliado a la ARL POSITIVA.
Firma	Diligencie su firma digital y/o manuscrita.
Nombre	Indique su nombre completo
Cédula	Indique su número de cédula de ciudadanía

Sede principal

Calle 44 # 53 - 37, CAN, Bogotá D.C.

Código postal: 111321

Línea conmutador PBX: 018000 423713

Línea nacional gratuita PBX: 018000 423713