Vigilada MinEducación

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

19	01	2026

Señores

Escuela Superior de Administración Pública - ESAP

Ciudad Fusagasugá

Asunto: Manifestación Administradora de Riesgo Profesionales ARL.

Cordial saludo:

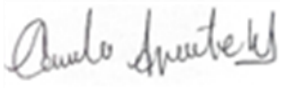
De manera atenta, en mi calidad de persona natural me permito manifestar lo siguiente:

☐ 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: POSITIVA ARL, 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: 

Nombre: CAMILA APONTE WILCHES

Cédula: 1003742004

Vigilada MinEducación

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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