



<u>25</u>	<u>12</u>	<u>2025</u>
-----------	-----------	-------------

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: _____

Nombre: Yireva Estefania Posada Salamanca

Cédula: 1001049047

Sede principal

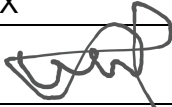
Calle 44 # 53 - 37, CAN, Bogotá D.C.

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	25/12/2025
Ciudad	Bogotá D.C
Primer recuadro	
Segundo recuadro	
Tercer recuadro	X
Firma	
Nombre	Yireva Estefania Posada Salamanca
Cédula	1001049047

Sede principal

Calle 44 # 53 - 37, CAN, Bogotá D.C.

Código postal: 111321

Línea conmutador PBX: 018000 423713

Línea nacional gratuita PBX: 018000 423713