Bogotá, D.C.

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

Yo, **JOHNJAIRO PARRADO RICO,** identificado con cédula de ciudadanía número **79.954.803** de **Bogotá D.C.,** en calidad de contratista de prestación de servicios del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, manifiesto que **SI**, es mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015.



JOHN JAIRO PARRADO RICO
C.C. 79.954.803 de Bogotá