

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yisela vides identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1045707363 de Soledad, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales _____ y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, Yisela vides identificado (a) con C.C. No 1045707363, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la ASEGURADORA POSITIVA ARL

SI NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Diagonal #4 TV 1 A 21
NUMERO DE TELÉFONO	300 2911363
CORREO ELECTRÓNICO	YiselaValentina 2025@gmail.com
FONDO DE PENSIÓN	
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	Mutual ser.

firma Yisela vides

CC 1045707363

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta