

Corozal, julio 01 del 2026

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)

Sede de la Dirección General

Ciudad

Asunto. Compromiso de afiliación.

MARIA DEL ROSARIO DIAZ PERALTA identificado(a) con cédula No 22.869.562, declaro que en caso de resultar seleccionado(a) para la celebración de contrato de prestación de servicios profesionales y de **apoyo a la gestión** para la implementación de la operación directa en servicios de primera infancia del ICBF Regional SUCRE, me comprometo a realizar de manera oportuna las gestiones para mi afiliación al régimen de seguridad social en salud, en calidad de cotizante al régimen contributivo.

Así mismo, declaro entender que la firma y entrega de este documento y de los demás remitidos para verificación no comprometen ni obligan al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)** a celebrar contrato.

Atentamente,


MARIA DEL ROSARIO DIAZ PERALTA
Firma