Ciudad y fecha

Señores

Colsanitas ARL

Ciudad

**Referencia:** Afiliación por primera vez al Sistema General de Riesgos Laborales

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atentamente me dirijo a ustedes para solicitar la afiliación a Colsanitas ARL como trabajador independiente, aclarando que no tengo afiliación vigente con ninguna otra Administradora de Riesgos Laborales.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma trabajador independiente