**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A LA ARL**

**A quien corresponda:  
La presente certifica que el(la) Sr(a). {{NOMBRE}} {{APELLIDO}}, identificado(a) con el código de afiliación No. {{CEDULA}}, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales {{ARL}}.**

**Este certificado es emitido el día {{FECHAACTUAL}} para los fines que considere pertinentes el interesado(a).**

**Atentamente,**

**Nombre y Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**