



Medellín, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Señores  
**Liga Antioqueña de Fútbol**

Yo \_\_\_\_\_ representante legal del club \_\_\_\_\_ certifico que todos los jugadores relacionados en la planilla de inscripción de la categoría \_\_\_\_\_ 2017 del club al cual represento, se encuentran afiliados al sistema de seguridad social en salud y me obligo a verificar que se mantengan en ese estado durante todo el tiempo de competencia en los torneos LAF e igualmente manifiesto que el club asumirá cualquier tipo de erogación, indemnización o prestación que se derive de la omisión de dicha afiliación.

Con este documento doy cumplimiento al artículo 20 del Reglamento de los Torneos Departamentales 2017.

Firma presidente del club: \_\_\_\_\_

C.C.