

	<b>FORMATO REPORTE INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN ARL</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-67
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 24/10/2024

Fecha: 27/11/2024

Señores

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo CARMEN LILIANA LERMA CÓRDOBA, identificado(a) con documento de identidad N° 1017180200 DE MEDELLÍN, informo:

(marque con un X según corresponda):

- ☐ Actualmente no me encuentro afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales - ARL, por lo tanto, autorizo ser afiliado a la ARL con la que está afiliada la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- ☒ En la actualidad me encuentro afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales- ARL POSITIVA con la cual realizaré la afiliación, para el contrato que suscribo con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Atentamente,

Carmen L. Lerma C.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: CARMEN LILIANA LERMA CÓRDOBA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1017180200 DE MEDELLÍN

Es importante recordar que toda vez que su contrato con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. finalice, deberá realizar la desafiliación de la ARL.