


|   |  |                    |
|---|--|--------------------|
|  | <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<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1     |
|   |  | FECHA: 24/10/2024  |

Fecha: 06/08/2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ, identificado(a) con documento de identidad N° 1233500176, 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 \_\_\_\_\_ con la cual realizaré la afiliación, para el contrato que suscribo con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Atentamente,

Sandra Lopez

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1233500176

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.