

	FORMATO REPORTE INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN ARL	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: 15/09/2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo GERMAN ARNULFO ANTONIO, identificado(a) con documento de identidad N° 80.737.727, 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,


GERMAN ANTONIO
 CED. 80737727
 CEL: 312 510 9917

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: GERMAN ARNULFO ANTONIO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80.737.727 de Bogotá

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.