	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: 23 / 11 / 2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo **Roger Manuel Soto Bracamonte**, identificado(a) con documento de identidad N°

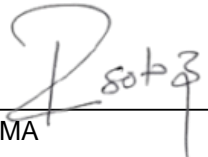
15669922, informo:

(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 **SURA** con la cual realizaré la afiliación, para el contrato que suscribo con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Atentamente,


 FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Roger Manuel Soto Bracamonte

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 15669922

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.