

	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: 23/12/2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo DEYANIRA LISBETH IGLESIAS BERMUDEZ, identificado(a) con documento de identidad N° 57.437.260 de Santa Marta, 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 POSITVA 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,

Deyanira Iglesias B

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: DEYANIRA LISBETH IGLESIAS BERMUDEZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 57.437.260 de Santa Marta

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.