Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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: 02/12/2025

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Dirección Gestión del Talento Humano

Yo LEIDY JINNETTE LOPEZ ANGULO, identificado(a) con documento de identidad N° 1233511940, 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.

[X] 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: LEIDY JINNETTE LOPEZ ANGULO
No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1233511940

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.

Decreto 1072 de 2015 Artículo 9°. Afiliación cuando existen varios contratos. Cuando los contratistas a los que les aplica el presente decreto celebren o ejecuten simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema [illegible] la totalidad de los

Powered by CamScanner