


| | | |
|---|--|--------------------|
|  | 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: 26/11/2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano


Yo JUAN MANUEL AMAYA GALAN, identificado(a) con documento de identidad N°
80073902, 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, para el contrato que suscribo con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: JUAN MANUEL AMAYA GALAN

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80073902

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.