



Sva aa Sirt
Shn bagza a Servia@ Sild
Nore E.S.L

FORMATO REPORTE INFORMACIÓN PARA
AFILIACIÓN ARL

CÓDIGO: AP-TH-F-67

VERSIÓN:2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION
DEL TALENTO HUMANO

PAGINA: 1 DE 1

FECHA: 24/10/2024

Fecha:07/11/2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo joly victoria bello garcia identificado(a) con documento de identidad
N° 1012357500 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,

joly victoria bello garcia

FIRMA *joly victoria bello*

NOMBRE COMPLETO: joly victoria bello garcia

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1012357500

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 existenvarios contratos. Cuando los contratistas a los que les aplica el presente
decreto celebren o realicen simultáneamente varios contratos, deben estar a fillados al Sistema General de Riegos Laborales por la
totalidad de los contratos suscritos, en una misma Administradora de Riesgos Laborales.