

	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: 30/12/2025

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo Erika Yadira Tobar Lozano, identificado(a) con documento de identidad N° 1033769360, _____ informo:

(marque con un X según corresponda):

X 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 _____ 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: Erika Yadira Tobar Lozano

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1033769360

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.

contratos suscritos, en una misma Administradora de Riesgos Laborales.