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: DD/MM/AAAA

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo Juan Pablo Beltra Prieto, identificado(a) con documento de identidad N° 80089733, 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.

[ ] 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: Juan Pablo Beltran Prieto

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80089733

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 realicen simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema General de Riegos Laborales por la totalidad de los contratos suscritos, en una misma Administradora de Riesgos Laborales.