| | | |
|---|---|---|
| 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<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 24/10/2024 |

Fecha: 29/08/2026

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

Yo M A G N O L I A A S T R I D C A M A R G O M A R T I N E Z , identificado(a) con documento de identidad N.º 1032356186, 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,*

MAGNOLIA CAMARGO

*FIRMA*

*NOMBRE COMPLETO:* MAGNOLIA ASTRID CAMARGO MARTINEZ

*No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:* 1032356186_____

*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.*

Powered by CamScanner