 

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ARL 2025

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN** | | | | | | | | |
| **NOMBRES COMPLETO** |  | | | | | | | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** |  | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** |  | | | | | | | |
| **NÚMERO TELEFÓNICO CELULAR** |  | | | | | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **DÍA** |  | | **MES** | |  | **AÑO** |  |
| **CIUDAD DONDE RESIDE ACTUALMENTE** |  | | | | | | | |
| **NACIONALIDAD** |  | | | | | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | | | | | | |
| **¿ES PENSIONADO?** | **NO** |  | **SI** |  | **Nº RESOLUCIÓN** | |  | |
| **FONDO DE PENSIÓN** |  | | | | | | | |
| **EPS ACTUAL** |  | | | | | | | |
| **ARL *(VOLUNTARIO)*** | **Positiva** |  | | **OTRO** | |  | **¿CUAL?** |  |
| **FECHA ESTIMADA INICIO DEL CONTRATO** | **DÍA** |  | | **MES** | |  | **AÑO** |  |
| **FECHA ESTIMADA**  **TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | **DÍA** |  | | **MES** | |  | **AÑO** |  |
| **VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO:** |  | | | | | | | |

Autorizo a la UPRA para que con la información aquí consignada realice la respectiva afiliación a la ARL seleccionada.

En constancia se firma a XXXXX del año XXXXX.

FIRMA CONTRATISTA

