	FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL	CÓDIGO: AP-TH-F-67-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA:1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: 08/11/2022

Señores

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


Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) EULISES DE JESUS SILVA SARMEINTO identificado(a) con documento de identidad No1233688385 informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SURA y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA .

Atentamente,

FIRMA 

NOMBRE COMPLETO: EULISES DEJESUS SILVA SARMEINTO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1233688385