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

Fecha: 10/11/2022

Señores

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

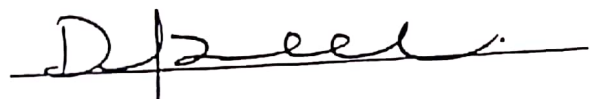
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **DIANA PATRICIA CRISTANCHO VILLA**, identificado(a) con documento de identidad No 1055313085, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA.

Atentamente,


FIRMA

NOMBRE COMPLETO: DIANA PATRICIA CRISTANCHO VILLA
No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:1055313085