

	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: 11/03/2022

Señores

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

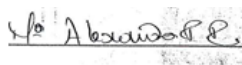
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _ ALEXANDRA RENGIFO_____, identificado(a) con documento de identidad No ____35892260_____, 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: __MARIA ALEXANDRA RENGIFO RODRIGUEZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ____35892260_____

