	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: 21/12/2022

Señores

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

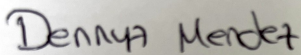
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Denny Camila Mendez Calvo, identificado(a) con documento de identidad No 1.031.167.419, 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,



Escaneado con CamScanner

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: DENNYZ CAMILA MENDEZ CALVO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.031.16741.9