	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: 16/11/2021

Señores

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

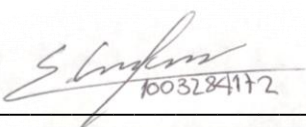
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) EDUARDO LUIS CANALES CANALES PACHECO,
identificado(a) con documento de identidad No 1003284172, 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: EDUARDO LUIS CANALES PACHECO.

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1003284172.