

	FORMATO AUTORIZACION AFILIACION ARL	CÓDIGO: AP-TH-F-67-01
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		

Fecha: 11/02/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ MORALES, identificado(a) con

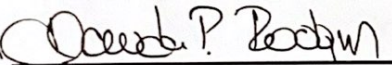
documento de identidad No 52419562, informa que en la

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: CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ MORALES

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52419562