

	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: 30 de junio de 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), Edward Alberto varón trujillo
identificado(a) con documento de identidad No 1030553114 , 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,

Edward Varon.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Edward Alberto varón Trujillo

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030553114