

	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: 04-02-2021

Señores

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

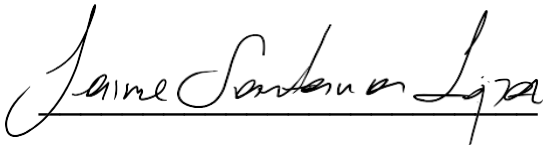
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El (la) señor(a), JAIME ALONSO SANTANA LOPEZ, identificado (a) con documento de identidad No 1.047.386.755, 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: JAIME ALONSO SANTANA LOPEZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.047.386.755