

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL	CÓDIGO: AP-TH-F-67-01
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: / /

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) LUZ ANGELA MORALES MOSQUERA, identificado(a) con documento de identidad No 65756775, 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,

LUZ ANGELA MORALES MOSQUERA

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: LUZ ANGELA MORALES MOSQUERA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 65756775