

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 09/11/2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Viviana Peña Guerrero, identificado(a) con documento de identidad No 1015481707, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Sura y/o autoriza la afiliación a la ARL _____.

Atentamente,

Viviana Peña G

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Viviana Peña Guerrero

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1015481707