

	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: 08/12/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _Washington Enrique Mora Santamaría____, identificado(a) con documento de identidad No _CE_287944_____, 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: ____ Washington Enrique Mora Santamaría ____

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: __CE 287944__