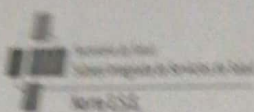


| | | |
|---|---|-----------------------|
|  | FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL | CÓDIGO: AP-TH-F-07-01 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | VERSIÓN :1 |
| | | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 26/11/2018 |

Fecha: 27/01/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Omar Daniel Tafur Costañeda, identificado(a) con documento de identidad No 1'022.982.748 Btá, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Seguros Bolívar y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA

Atentamente,

OMAR DANIEL TAFUR C

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Omar Daniel Tafur Costañeda

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1'022.982.748 Btá