

	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: 26/03/2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _____ LAURA MARGARITA GALEANO HERRERA _____, identificado(a) con documento de identidad No ____1019136606_____, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _____ Ninguna _____ y/o autoriza la afiliación a la ARL ____SI AUTORIZO____ Sura_____.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Laura Margarita Galeano Herrera

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1019136606