

	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 4
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: **12/01/2023**

Señores

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

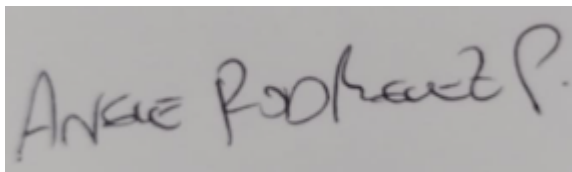
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **ANGIE PAOLA RODRIGUEZ PEÑUELA** identificado(a) con documento de identidad No **1019010588** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **COLPATRIA** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURA**.

Atentamente,



FIRMA:

NOMBRE COMPLETO: **ANGIE PAOLA RODRIGUEZ PEÑUELA**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1019010588**