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 4
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: **04/04/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **ANA SOFIA QUINTERO RODRIGUEZ** identificado(a) con documento de identidad No **1019005812** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **NINGUNA** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURAMERICANA**.

Atentamente,

FIRMA: Sofia Quintero

NOMBRE COMPLETO: **ANA SOFIA QUINTERO RODRIGUEZ**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1019005812**

Calle 66 # 15-41
dircontratacion@subrednorte.gov.co
Tel.:4431790Ext.1036
Nit: 900971006-4

Powered by CamScanner