

	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: 10/04/2023

Señores

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

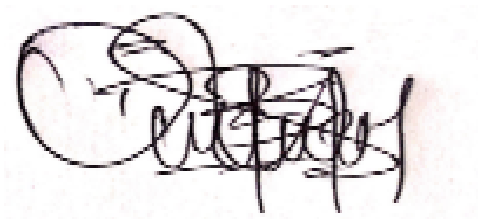
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **Oscar Fabian Merchán Barrera**, identificado(a) con documento de identidad No **1072188492**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Oscar Fabian Merchán Barrera_____

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _1072188492_____