	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.

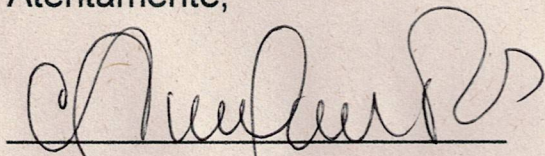
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) JOHN ANDERSON ARENAS VARGAS, identificado(a) con documento de identidad No 80235940, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _____ y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: John Anderson Arenas Vargas

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80235940