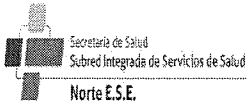


| | | |
|---|--|-----------------------|
|  | FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL | CÓDIGO: AP-TH-F-67-01 |
| | | VERSIÓN :1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 4 |
| | | FECHA: 26/11/2018 |

Fecha: **19/04/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **TOMAS MARTINEZ CUESTA** identificado(a) con documento de identidad No **4794778** 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:

NOMBRE COMPLETO: **TOMAS MARTINEZ CUESTA**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **4794778**

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