

	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: 03/03/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) GABRIELA ALEJANDRA CANCHALA HERNANDEZ, identificado(a) con documento de identidad No 1032464909, informa que en la actualidad no se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) __NINGUNA__y/o autoriza la afiliación a la ARL _____SURA_____.

Atentamente,

Gabriela Canchala

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Gabriela Alejandra Canchala Hernandez

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1032464909