

	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: 30/05/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **LONDOÑO VANEGAS ANDRES GIOVANNI** identificado(a) con documento de identidad No **1030563962** 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: **LONDOÑO VANEGAS ANDRES GIOVANNI**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1030563962**

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