

	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: / /

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Cindy Alejandra Sarmiento Hernández, identificado(a) con documento de identidad No 1030584674, 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: Cindy Alejandra Sarmiento Hernández

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030584674