

	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: 18/09/2023 057_RIT.pdf

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) CARMEN MARCELA CUESTA POVEDA, identificado(a) con documento de identidad No 52'884.037, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SURA y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA.

Atentamente,

Carmen Marcela Cuesta Poveda
C.C. 52884037 Poveda.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: CARMEN MARCELA CUESTA POVEDA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52884037