Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 14/11/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Claudia Marcela Gonzalez Bravo., identificado(a) con documento de identidad No 52190249, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Sura. y/o autoriza la afiliación a la ARL _____.

Atentamente,

Claudia Marcela G

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Claudia Marcela Gonzalez Bravo.

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52190249

Powered by CamScanner