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 25/07/2024

Señores

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

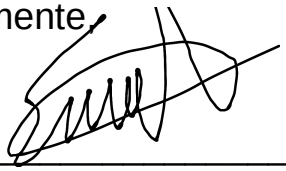
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Edwin Andrés Morales Jiménez identificado(a) con documento de identidad No 1.014.198.422 de Bogotá 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,



_____

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: __Edwin Andrés Morales Jiménez

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.014.198.422