

	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: 21/10/2024

Señores

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

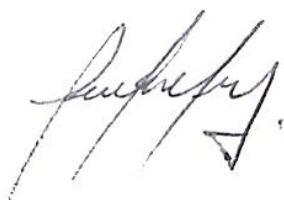
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) __LILIANA ANDREA CHUCHOQUE RODRIGUEZ__,
identificado(a) con documento de identidad No __52352244__, informa que
en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales
(ARL) __NINGUNA__ y/o autoriza la afiliación a la ARL __SURA__.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: __LILIANA ANDREA CHUCHOQUE RODRIGUEZ__

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: __52352244__