

	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.

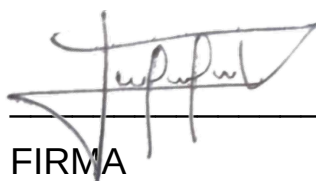
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _____JENIFFER FERNANDA VARGAS BAICUE, identificado(a) con documento de identidad No __1.061.539.179, 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: JENIFFER FERNANDA VARGAS BAICUE.

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.061.539.179.