

	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: 16/06/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El señor ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON, identificado con documento de identidad No 1020783722, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA

Atentamente,

Aldemar Carranza B.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Aldemar Steven Carranza Baron

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1020783722