

	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: 17/02/2024

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Carlos Andres Garcia, identificado(a) con documento de identidad No 4040782085, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Seguros Bolívar y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA

Atentamente,

Carlos Andres Garcia

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Carlos Andres Garcia Morales

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4040782085