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: 02/10/2024

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ, identificado(a) con documento de identidad No 1034318585, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ARL SURA y/o autoriza la afiliación a la ARL ARL SURA

Atentamente,

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1034318585