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: 11/11/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) LIGIA YANETH OLIVEROS SAENZ, identificado(a) con documento de identidad No, informa que en la actualidad 52542762 se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _____SURA_____ y/o autoriza la afiliación a la ARL _____SURA___.

Atentamente,

Ligia Oliveros.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: _____LIGIA YANETH OLIVEROS SAENZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____52542762___